

55-56

APR 3 1948

# ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

610.5  
A 508  
P3

**Director:** DR. EURICO BRANCO RIBEIRO  
**Secretário:** ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 3-4198  
Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

**Assinatura:** por 1 ano Cr \$ 100,00 — Numero avulso Cr \$ 10,00

**VOL. LV**

**Janeiro de 1948**

**N. 1**

## Sumário:

	Pág.
Técnica da apendectomia — Prof. A. BERNARDES DE OLIVEIRA.....	7
O emprego do curare em cirurgia proctológica — Dr. PAULO DE ALBUQUERQUE PRADO.....	25
O rim artificial e a parabiose — Dr. FREDERICO DE MARCO.....	35
<b>Produção Médica de São Paulo:</b>	
Associação Paulista de Medicina:	
Departamento de Cultura Geral.....	41
Sociedade Médica São Lucas.....	45
Colégio Brasileiro de Cirurgões.....	48
Outras sociedades.....	48
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Prof. Benedito Montenegro.....	50
Associação Paulista de Medicina.....	67
Sociedade Paulista de Leprologia.....	68
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	69
Combate à tuberculose.....	69
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	70
Cientista uruguaio.....	72
Faculdade de Higiene e Saúde Pública.....	72
Departamento de Profilaxia da Lepra.....	72
<b>Atividades científicas:</b>	
Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro".....	73
<b>Imprensa Médica de São Paulo:</b>	
Sumário dos últimos números.....	73
<b>Assuntos de atualidade:</b>	
Crus Vermelha Brasileira.....	75
As substâncias radioativas.....	76
Atualização em Tisiologia.....	77
<b>Literatura médica:</b>	
Livros recebidos.....	77
Folhetos e Teses recebidos.....	81

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

## **GENCITROPINA**

### **LABOTHERPE**

*Formula:*

CADA DRÁGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal . . . . .	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea	<i>gastro-refratária</i>	

**INDICAÇÕES:** *Giardia intestinalis*, Infestação por *Enterobius vermiculares*, *Estrongiloides*, *Estercolaris* e por *Heminolepia*.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA-LTDA.**  
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 6-2955 - S. PAULO

## **CITONECRON**

### **ex-TONECRON**

PRINCÍPIO ANTITÓXICO DO FÍGADO  
(fração hidrossolúvel)  
ASSOCIADO À VITAMINA B<sup>1</sup>

ESTIMULANTE DA FUNÇÃO ANTITÓXICA  
— DO FÍGADO —  
ALTAMENTE CONCENTRADO E PURIFICADO

**Em duas apresentações:**

Ampolas de 3 cm<sup>3</sup> com 20 mg. de Vitamina B<sup>1</sup>

” ” I ” ” 5 ” ” ”

*Unicos Distribuidores:*

**COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA**  
**VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.**

PRAÇA DA LIBERDADE, 91

SÃO PAULO







# Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

Vol. LV

Janeiro de 1948

N. 1

## Técnica da apendectomia

**Prof. A. Bernardes de Oliveira**

*Catedrático de Clínica Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina.  
Diretor do Sanatório Esperança. — São Paulo*

### SUMARIO:

1. Introdução.
2. Tratamento do coto apendicular.
3. Técnica para ampliação da incisão de Mac Burney.
4. Conclusões.
5. Bibliografia.

### 1) INTRODUÇÃO

Embora pareça estranho ser ainda objeto de cogitações a técnica da apendectomia, operação por demais frequente e cuja metodisação já deveria estar perfeitamente estabelecida, aqui está mais um trabalho versando sobre o assunto.

E' que não existe realmente a padronisação e a completa unidade de vistas que só raramente, aliás, se pôde atingir, e que denunciam uma fase última nos progressos cirurgicos.

Basta verificar-se a diversidade com que os vários cirurgiões realisam essa intervenção e desde logo encontraremos a mais completa e variada combinação de maneiras de abrir o ventre, pesquisar o apendice, prepara-lo para a retirada, executar sua secção, tratar o coto restante, etc., etc.

Dois pontos nos parecem, no entanto, de tamanha relevancia que deliberamos publicar o presente trabalho, são eles: 1) O tratamento do coto apendicular. 2) A ampliação da incisão.

Se o embaraço do cirurgião para ampliar uma incisão de Mac Burney, em casos difíceis, pôde trazer como consequencia o prolongamento excessivo da operação, leva-lo a manobras violentas e chocantes, ou mesmo, a protelar para outra oportunidade a retirada do apendice; os erros de técnica no tratamento do coto apendicular são ainda mais graves, pois deles é possível resultar até a morte do paciente, como veremos nas observações a seguir resumidas.

Observação de Ochsner e Lilly (7): G. B., mulher, 18 anos operada a 31/10/34 de curetagem uterina seguida de histeropexia e apendectomia.

7)

A apendectomia foi feita por meio de esmagamento do apêndice e ligadura do coto com cat-gut cromado n.º 2. Não foi feito recobrimento do coto apendicular. No dia 9 de novembro a paciente apresentou-se febril e com dores abdominais, no dia 12 a temperatura subiu mais ainda, e a 14 — isto é — 14 dias após a operação, foi feita uma lavagem intestinal que provocou grandes dores, sendo retido o líquido instilado. O abdômen distendeu-se e se tornou tímpanico. A 20 de novembro a doente vem a falecer e a autópsia revelou o coto apendicular aberto e dando saída ao conteúdo fecal do cecum, com produção de uma peritonite sero-fibrinosa. Os AA. interpretam, com razão, a evolução do caso se tendo dado da seguinte maneira: A elevação térmica que surgiu no 2.º dia e aumentou até o 5.º dia, produziu-se, provavelmente, em consequência de um abcesso bloqueado que se formou em torno do coto apendicular. Seja devido ao comprometimento do cecum pelo processo inflamatório, seja pela queda da ligadura após esfacelo do coto, o fato é que o aumento de pressão intra-cecal provocado pela lavagem, trouxe a perfuração da viscera e consequente morte da paciente.

Os mesmos AA. (7) referem outra observação na qual foi feita a técnica da ligadura do coto com recobrimento em bolsa. O paciente operado a 22 de outubro de 1936 teve um decurso pós-operatório tumultuoso, vindo a falecer a 15 de janeiro seguinte. A autópsia mostrou a existência de um abcesso de 4 cms. de diametro na região retrocecal, o qual se comunicava com o coto apendicular e se propagava para o alto até a região sub-frênica, e d'aí para a retro-cavidade dos epiploons, abrindo caminho, por fim, até a pleura direita através de uma perfuração diagramática.

No ano de 1936, quando ainda clinicávamos em Campinas, também pagamos o nosso tributo ao passarmos pela desventura de perder uma doente em idênticas condições. Trata-se da observação no hospital 6323, que vamos resumir:

M. L. L. A., brasileira, 31 anos, casada. Apresentava excelente estado geral e um passado livre de molestias ou deficiências orgânicas. Tem 4 filhos fortes, nunca teve abortos. Foi submetida a uma laparatomia no dia 11 de agosto de 1936, sendo realizada uma histerapexia, salpingectomia bilateral e apendectomia por apendicite crônica. O coto apendicular foi fortemente ligado com seda e sepultado por meio de sutura em bolsa também de seda. Passou bem até o 3.º dia quando o ventre começou a se distender e apareceu febre e vômitos. A situação piorou sendo re-operada no 6.º dia e encontrada uma peritonite generalizada com fibrina e puz ao nível do coto apendicular donde se irradiava o processo peritônico. Faleceu no 12.º dia não obstante todos os recursos empregados.

Desde então abandonamos a técnica da *ligadura forte e bem dada* no coto apendicular seguida de recobrimento com sutura em bolsa, para adotarmos o método que a seguir vamos descrever e que nos parece atender a todos os pontos criticáveis no tratamento do coto do apêndice, constituindo assim o processo, a nosso vêr, ideal.

Os casos infelizes acima descritos representam, na verdade, exemplos bem característicos das complicações que surgem em con-

sequencia de processos defeituosos do tratamento do coto apendicular, verificando-se o desfecho fatal em todos eles. Quantos, porém, outros casos, muito mais numerosos do que se poderá concluir pela casuística nos periódicos médicos, não têm ocorrido; sendo a morte atribuída a várias causas, tais como peritonite por contaminação exógena ou de fio se sutura, embolias, acidose, paralisia intestinal pós-operatória irreduzível, etc., etc.?

E sem falar nos óbitos; quantas vezes são de origem focal com sede ao nível do coto supurado, as febrículas de origem obscura que sobrem após certas apendectomias, os chamados *ileus paralyticus* ou peritonismos, certas trombo-flebitis pós-operatórias, e outras mais intercorências cuja explicação nem sempre é satisfatoriamente encontrada pelo operador?

Nesses casos de evolução por fim favorável, encontra-se por vezes, o fato de ter o paciente uma descarga diarréica com puz nas fezes, coincidindo com as melhoras clínicas. E' o abcesso justa cecal que se rompeu para dentro da luz do intestino e assim se resolveu pelo melhor modo.

As reações inflamatórias peri-cecais que ocorrem nas técnicas defeituosas, com seus exsudatos defensivos, eventuais coleções supuradas, e reações plásticas de proteção; mesmo quando se resolvam, seja pela abertura espontânea na luz visceral, seja por reabsorção progressiva, deixam sempre vestígios locais de sua existência através das aderências, fixações e processos de espessamento e retração aí secundariamente instalados. Tais aderências constituem-se como marca e consequência da má técnica, podendo provocar manifestações clínicas mais ou menos desagradáveis aos seus portadores, inclusive embaraços crônicos ao trânsito ileo-cecal, e até obstruções secundárias de tipo agudo.

Como exemplos de casos com evolução não fatal mas suficientemente agitada para ter posto em risco a vida dos pacientes, citaremos os seguintes:

Observ. N.º hospitalar 27.633. B. C. solteiro, 21 anos. Foi operado no Interior do Estado há 20 dias por uma apendicite crônica. Seu estado geral era ótimo e a intervenção foi realizada em condições absolutamente típicas, conforme informe de seu cirurgião que o acompanhou ao nosso serviço, onde deu entrada a 5 de julho de 1947. Passou bem cerca de 3 ou 4 dias quando começou a aparecer febre, distensão rebelde do ventre, vômitos e queda do estado geral. Apesar da terapêutica logo posta em campo e representada por anti-bióticos e medidas de sustentação como soro, plasma e transfusões, seu estado piorou, sendo submetido a uma re-intervenção que deu saída a grande quantidade de um exsudato escuro, com cheiro de fezes e que se achava coletado em Douglas. Melhorou um pouco mas logo depois seu estado geral tornou a piorar e o ventre a apresentar-se novamente distendido, com vômitos e absoluta intolerância aos alimentos. A febre subiu a 39° e 40° tornando-se o caso sumamente grave.

A vista disso veio para nosso serviço onde foi logo submetido a uma grave intervenção que drenou enorme bolsa de puz localizada na região infra-hepática e com os mesmos caracteres do puz encontrado na segunda ope-

ração. Essa operação foi feita no dia 5/7/47. A cultura do puz deu origem ao crescimento do B. proteus em cultura pura.

Após essa operação foi melhorando progressivamente após ter apresentado uma fistula do delgado que surgiu ao nível da drenagem feita na segunda intervenção, mas que se fechou expontaneamente. Teve alta curado no dia 2 de agosto de 1947.

Analisando o caso verificamos que a técnica empregada fôra a da ligadura forte do coto com cat-gut 2 e 3 nós superpostos, sendo a seguir feito o recobrimento em bolsa. Não vascilamos em nos convencer que a peritonite sobreveio como consequencia da supuração do coto que se abriu para dentro da cavidade e para ressaltar a responsabilidade do colega asediado em sua terra pelos mais desfavoráveis comentários a ele dirigimos uma carta onde se pôde ler a seguinte passagem: "... é-me lícito assegurar-lhe que a técnica que o colega empregou é descrita nos tratados e adotada por inumeros cirurgiões de todo o mundo..."

Com desfecho também favorável é o caso que Ochsner e Lilly (7) relatam como sua observação n.º 2, e que vamos resumir:

Uma mulher com 40 anos de idade é apendectomizada, sendo feito esmagamento e ligadura do apendice com cat-gut simples 00 e, a seguir, sepultado o coto por meio de uma sutura em bolsa. Após 4 dias apresenta-se febre seguida de tumefação na fossa iliaca direita, com dôr local. Foi feito o diagnóstico de peritonite localizada. Passados mais 3 dias a doente apresenta várias dejeções com puz e a seguir diarreias por vários dias. Ao mesmo tempo a sensibilidade e a regidez desaparecem, bem como a temperatura retorna ao normal.

Os AA. interpretam o caso como consequente a um abscesso que se formou ao nível de coto mas que, por felicidade, acabou abrindo-se para dentro do cecum com cura da paciente. Julgam eles que isso ocorre muitas vezes com essa técnica de tratamento do coto apendicular, embora nem sempre o cirurgião interprete devidamente o quadro clínico.

## 2) TRATAMENTO DO COTO APENDICULAR.

O debate acerca do melhor processo applicavel ao coto resultante da extirpação do apendice ileo-cecal é já muito velho, datando as técnicas básicas todas do seculo passado, embora periodicamente volte o assunto a ser encarado por novos autores, que pensam, as vezes, descobrir recursos originais.

A primeira extirpação do apendice foi feita em 1884 por Krönlein (6) que simplesmente ligou a base do órgão deixando livre na cavidade o pequeno coto resultante. Alguns anos depois, Treves (13) em 1888, ao discutir o assunto rebelou-se contra a idéia de ficar desprotegido em pleno peritonio um coto sempre contaminado e passível de produzir eventuais complicações, e, por isso, propoz que fose sempre feito o recobrimento com uma sutura sero-serosa do tipo de Lembert. Em 1895, Dawbarn (3) chamou a atenção para o fato de haver grande perigo, no processo de recobrimento do coto, de se formar um abscesso na cavidade resultante com ruptura secundaria da coleção para o lado da serosa peritonial,

e para evitar semelhante risco estabeleceu o método de ser feita a sutura de recobrimento em bolsa sem ligadura prévia do coto, pois como o próprio A. diz: "It will be well to note that drainage is perfect and unopposed into the cecum where it ought to go".

Por aí se vê muito bem que os 3 processos básicos de tratamento do coto já estavam delineados e bem expostos até o ano de 1895. Serão eles para maior facilidade apontados pelas denominações seguintes: 1) Ligadura simples. 2) Ligadura e recobrimento. 3) Recobrimento sem ligadura.

O trabalho, já anteriormente citado, de Ochsner e Lilly (7) constitui um precioso acervo de informações e uma clara e leal exposição dos pontos discutíveis e das vantagens e inconvenientes dessas diversas técnicas, a ele o leitor deverá recorrer como fonte de valiosos ensinamentos e que para nós veio trazer um apoio decidido ao método que já antes vínhamos praticando, desde 1936, como já foi dito.

Não obstante terem esses AA. demonstrado mais uma vez os riscos da técnica segunda, isto é, da ligadura seguida de recobrimento, muitos livros usuais e que representam os guias para os cirurgiões que não tiveram oportunidade de conhecer o estudo dos citados autores americanos, continuam a aconselhar e ilustrar processos efetivamente defeituosos.

E', pois, com o fito de divulgar uma técnica já amadurecida, confirmada pela experiência alheia e que nos tem proporcionado resultados invariavelmente seguros, que deliberamos publicar o presente trabalho, onde, por sinal, teremos alguns pontos divergentes de Ochsner e Lilly.

Antes porém de descrevermos nosso método, vamos analisar o que recomendam os livros.

Jean Quenu no cap. X, tomo IV, do belo "Traité de Technique Chirurgicale", ed. Masson 1942-1944, ao tratar da apendectomia recomenda fazer-se a ligadura da base do apêndice, junto ao cecum *com fio de linho n.º 4 e 3 nós fortes*, e seccionar-se o órgão com o termocautério, tendo-se o cuidado de retocar com a ponta deste o pequeno tufo de mucosa que atapeta o interior do coto. O uso do termocautério poderia, à primeira vista, corrigir o perigo da formação de um abscesso dentro da cavidade constituída pela sutura em bolsa de recobrimento que o A. preconiza; no entanto o mesmo cirurgião reconhece, páginas adiante, que o coto nem sempre é aséptico máu grado a termocauterização. Estabelece Quenu o dilema muito lógico seguinte: Se o coto é séptico será perigoso recobri-lo; se à asséptico torna-se desnecessário esse recobrimento. E, d'aí, embora tenha seu artigo as figuras da ligadura com recobrimento, acaba por concluir que ha 7 anos não mais usa o recobrimento, fazendo apenas ligadura simples do coto. Estabelece que nessa orientação de apenas ligar sem recobrir torna-se indispensável o *uso do fio de*

*inho para a ligadura.* Reconhece que desde que não mais emprega o recobrimento após ligadura as sequencias pós-operatórias são mais amenas, e confessa, finalmente, que por duas vezes teve complicações devidas a formação de abscessos na cavidade fechada creada pela técnica primeiramente usada.

Na "Técnica Quirúrgica" de Christmann, Ottolenghi, Raffo e Grolman, ed. "El Ateneo" de Buenos Aires, tão justamente conheceda e conceituada em nosso país, recomendam os AA. a secção do apêndice após esmagamento pela pinça de Kelly, *ligadura forte com cat-gut numero 2* na zona esmagada do apêndice proximo ao cecum, pinçamento com Kocher da zona distal de esmagamento e secção com bisturi raspando a pinça de Kocher. Feito isso mergulha-se o coto n'uma sutura sero-serosa em bolsa já antes feita e agora fechada pela tração das extremidades dos seus fios. Em resumo adoptam esses AA. a técnica de ligadura e recobrimento após esmagamento da base do apêndice. Esta técnica é a recomendada pelo Prof. Bosch Arana (1) que insiste na "*ligadura fuertemente ajustada controlada con doble nudo*".

No volume XXIII da "La Pratique Chirurgicale Illustrée" de Pauchet, de Martel e Denet (9) fazem serias acusações ao método do recobrimento e preconizam a ligadura simples do apêndice, sem, porém, o emprego do termocautério que julgam inutil e mesmo perigoso pela escara que pode crear. A favor do processo alegam cerca de oito mil intervenções sem um só acidente sério, em contraste com, pelo menos cinco casos de mortes em apendectomias a frio, feitas em pacientes com ótimo estado geral e por cirurgiões de primeira ordem, mas com a técnica do recobrimento.

Outro livro muito difundido e com autoridade incontestada e no qual a técnica da apendectomia é descrita sob forma com a qual discordamos é o de Kirschner (5) onde no volume II, página 305 da ed. alemã, encontra-se a representação da ligadura da base do apêndice sem esmagamento prévio *com fio de seda atado fortemente*. O coto é a seguir sepultado por meio de suturas sero-serosas de tipo Lembert.

O assunto está focalizado de maneira interessante no livro de Thorek (12), "Modern Surgical Technic" vol. III, pg. 1477, onde se encontra o comentário feito por Ch. Mayo (8) e que merece ser aqui reproduzido: "Há quatro razões pelas quais eu não recubro o coto apendicular após a aplicação de acido fênico: 1) O Dr. Robertson, da secção de Anatomia Patologica da Clinica Mayo, encontrou invariavelmente, nos casos em que a apendectomia foi feita com o recobrimento do coto juntamente com outras operações e nos quais verificou-se a morte do paciente, a existencia de uma bolsa que puz ao nivel do coto apendicular até o vigésimo-primeiro dia do pós-operatório: 2) O material de 12)



sutura usado para recobrir o coto, uma vez tendo transitado pela parede do intestino, e submetido a cultura, mostra-se invariavelmente contaminado por germes patogenicos; 3) O não recobrimento abrevia a operação; 4) Nunca tive oportunidade de lamentar não ter recoberto o coto apendicular". Thorek ilustra e recomenda, porém, a técnica da ligadura seguida de recobrimento por meio de sutura em bolsa.

Horsley (4) no volume segundo do seu excelente livro, trata do assunto com a habitual autoridade e seguro critério. A questão do tratamento do coto apendicular recebe aí a atenção que merece e o A. se alonga em movimentada discussão cheia de ensinamentos. Adota como técnica preferível a ligadura simples sem recobrimento sendo, porém, a secção feita com galvano-cautério e a mucosa do coto desinfetada com acido fênico e a seguir curetada com uma pequena cureta cuja extremidade tenha sido previamente mergulhada no acido fênico puro. Uma gota de acido fênico puro é novamente aplicada ao coto, sendo a seguir removido com gaze o excesso de acido. As extremidades da ligadura são deixadas compridas para serem enfiadas em agulhas que irão buscar dobras de peritonio ou do meso e assim recobrir o coto. Pensa o A. desta forma promover aderencias de proteção que irão impedir a eventual contaminação da serosa. Reconhece que ha possibilidade de se instalar um infecção ao nivel do coto assim tratado, mas assevera que se tal acontecer estarão os tecidos da região nas melhores condições possiveis de defesa, verificando-se afinal a completa remoção do foco pela detersão natural. A técnica do recobrimento do coto apendicular realiza para o A. as condições ótimas para a formação de um abcesso, a saber: 1) Redução da circulação local; 2) Presença de tecido necrótico; e, 3) Formação de cavidade fechada. No recobrimento a sutura em bolsa preenche estas condições acarretando ainda, segundo esse A., um começo de inversão ou protuberancia interna na luz do cecum que pôde ser ponto de partida para ulcerações ou mesmo um cancer.

Os dois modernos livros básicos de clinica cirurgica, isto é, os tratados de Nelson e de Lewis apresentam respectivamente pela palavra de Vaughan (4) e de Sloan (11) a técnica da ligadura seguida de recobrimento.

Outros mais poderíamos trazer para aqui testemunhar a falta de regularidade de conduta e a insegurança com que os AA. encaram o problema. E' bem de vêr que se os fracassos fossem muito frequentes com essas tão variadas técnicas, já deveria estar o assunto de todo resolvido pelo alarme que naturalmente surgiria. Mas justamente o que há de máu é que em geral as reações defensivas e as circunstancias fortuitas de menor contaminação, virulencia reduzida, resolução expontanea e outras mais, fazem com que em geral passem bem os operados de apendectomia e que

as intercorrencias e complicações também quasi sempre terminem bem. Sendo, no entanto, a apendectomia uma operação tão frequente como é, torna-se importante que se revista ela daquela segurança e perfeição que realmente lhe cabe desde que todos os preceitos de técnica sejam respeitados e todos os ensinamentos sejam tirados dos casos infaustos até agora consignados. Assim sendo, não podemos simplesmente argumentar que nos temos dado bem com este ou aquele processo e por isso não devemos abandoná-lo. O que importa é sinceramente reconhecer que têm ocorrido desastres em consequencia de certas técnicas de apendectomia, e como conclusão adotarmos uma que afaste todas as possíveis causas de erro. Para tanto devemos reconhecer preliminarmente que a técnica primeira, a que chamaremos de Krönlein, está sujeita a uma deiscencia da ligadura com aberturasecundária do cecum, pôde deixar um coto septico exposto na cavidade e provocar reações de visinhança com formação de adherencias e consequente embaraço ao transito intestinal, produção de dôres ou processos de linfangite progressiva. Não ha razões para que o preceito básico de não ser deixado dentro do ventre superficies desnudas de peritonio encontre no caso do coto apendicular uma única exceção, nem para que aí fique excluída a norma de fazer-se a satura cólica sempre em dois planos.

Por outro lado, somos forçados a reconhecer que o processo da ligadura seguida de recobrimento, a que chamaremos de Treves, está carregado com um enorme acervo de complicações das mais graves e até mesmo casos de morte, talvez muito mais frequentes do que se poderia imaginar. Com efeito tal processo cria as condições ótimas para a formação de abcessos cuja existencia tem encontrado reiteradas confirmações seja atravez da observação clinica, seja nos proprios achados objetivos da anatomia patológica. Com semelhante constatação chega-se a conclusão de que a modificação de Treves veio, contra a expectativa aparente, complicar a situação, e não podemos deixar de reconhecer que andam melhor aqueles que fazem hoje o que fazia Krönlein em 1884 do que os que lhe modificaram a conduta.

A solução porém já foi dada por Dawbarn que com seu processo conciliou as cousas, pois junta às vantagens de uma perfeita peritonisação a prevenção do desenvolvimento de um possível abcesso, conseguindo tal resultado pelo recobrimento sem ligadura.

A única objeção que se apresenta seria a possível projecção de material septico no campo operatório quando ao sectionar o apendice a pressão interna no cecum fosse alta e capaz de abrir o coto expulsando seu conteúdo. Foi justamente uma simples manobra para evitar isto o que nos foi dado introduzir na técnica de Dawbarn e que constitue o método que preconizamos e vimos empregando ha muitos anos. A técnica que descreveremos poderá

assim denominar-se de *recobrimento sem ligadura mas simples laçada cóprostatica temporaria*, ou Dawbarn modificado. E' também uma modificação do processo de Ochsner e Lilly (7) pois esses AA. empregam o termocauterio para a secção do apendice e usam pinças para fazer o esmagamento, deixando ainda de usar a laçada de efeito temporário.

A técnica que preconizamos se caracteriza pelos seguintes pontos, como alias as figuras procuram demonstrar: 1) Ligadura inicial do meso-apendice; 2) Esmagamento da base do apendice com a pinça de Pauchet-Kelly; 3) Colocação da sutura em bolsa com fio de cat-gut fino e agulha atraumatica reta; 4) Retirada da esmagador e pinçamento da zona distal esmagada com pinça de Kocher para efeito de impedir a saída do conteúdo apendicular, *laçada simples* ou nó simples com cat-gut fino na zona proximal esmagada da base do apendice; 5) Secção do apendice rente à pinça de Kocher, colocação de tintura de iodo na superficie de secção, e sepultamento do coto dentro da bolsa já antes for-

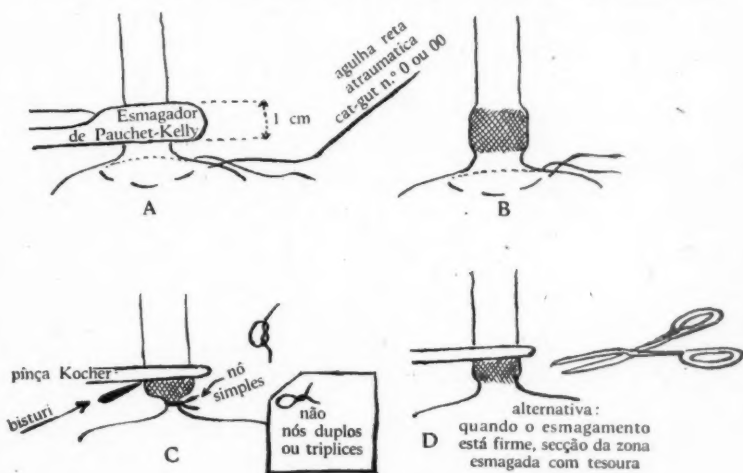


Fig. 1 — PONTOS DE TÉCNICA DE APENDECTOMIA.

A — Aplicação do esmagador de Pauchet-Kelly na base do apendice após ligadura do meso apendice. Enquanto o esmagador permanece agudo é feita a sutura em bolsa com fio de cat-gut fino e agulha reta atraumatica.

B — Retirado o esmagador fica uma faixa de tecido laminado e constituído apenas pela sero-muscular.

C — Na parte proximal da zona esmagada é colocada uma laçada simples de cat-gut fino. Trata-se apenas de um nó simples que se destina a evitar a abertura da zona de esmagamento pela pressão interna do cecum com possível projeção de material séptico. Nunca dar nós duplos ou triplexes na ilusão de que assim estará bem garantida a operação e não haverá perigo de uma abertura secundaria do intestino, pois esse não é o risco maior. Si quizer continuar a usar as ligaduras duplas e triplexes da base do coto então não recubra esse coto.

D — Alternativa aceitavel mas não recomendavel é, quando a zona esmagada pareça estar bem coaptada, prescindir-se da laçada de segurança, e, logo cortar a zona esmagada com tesoura.

mada. 6) Eventualmente, pontos cruzados sero-serosos de reforço. Fig. 1.

Quanto aos detalhes do *modus faciendi* devemos asinalar os seguintes pontos, imprescindíveis, aliás para a integral compreensão do processo.

a) O esmagamento que realizamos é feito pela pinça esmagadora de Kelly modificada por Pauchet que a tornou mais larga e capaz de deixar laminada uma faixa de tecido de 1 cm, de largura. Adotamos esse esmagador porque havendo necessidade de colocar-se uma pinça de Kocher na area distal do esmagamento e uma laçada na parte proximal, melhor será dispor de uma faixa mais ampla do que realizar essas manobras n'uma faixa por demais estreita. A pinça de Kelly poderá também ser usada na falta daquela modificada por Pauchet, mas em qualquer dos casos convem modificar o aspecto das superfícies esmagadoras dessas pinças. Elas vêm dos fabricantes dotadas de umas ranhuras longitudinais a que se opõem cristas do ramo oposto da pinça, o que as tornam excessivamente fortes e brutais, havendo mesmo o risco de fazer-se a secção dos tecidos pela sua aplicação rude. Para melhorar as condições do esmagamento e evitar ruturas indesejáveis dos tecidos, recomendamos fazer-se o que temos feito nas nossas pinças, isto é, com uma lima praticar ranhuras inclinadas de 45 graus sobre as ranhuras longitudinais originais e a seguir outras tantas perpendiculares às primeiras. Com isso obtém-se uma superfície menos irregular e menos agressiva nas faces contíguas do esmagador.

O esmagamento, por sua vez, não deverá ser feito de uma vez ou com violência, ao contrario deve ser progressivo e delicado. Exposto o apendice coloca-se o esmagador na sua base, e, com a mão direita, apertando o cabo desse aparelho, sente-se e palpa-se a resistencia e a elasticidade dos tecidos levando-se suavemente o esmagador ao primeiro dente. Ao se fazer esta primeira pressão percebe-se nitidamente que alguns tecidos se romperam, é a tunica mucosa que friavel e de pouca elasticidade, fragmenta-se. Cumpre aguardar que sua retração se faça, o que ocorre pela força expulsiva do esmagador e pela ação também da *muscularis mucosae* que traciona a mucosa para fora da zona esmagada. Entre os dentes do esmagador ficam apenas as camadas muscular e serosa. E' hora então de levar-se o esmagador ao segundo dente e dessa forma obter-se uma verdadeira laminação dessas duas camadas que sob a pressão elastica do metal irá aos poucos se juxtapondo às camadas fronteiriças e se desidratando para aos poucos constituir um conjunto fixo e não mais destacavel. Enquanto o esmagador está no segundo dente o cirurgião aproveita para colocar a sutura em bolsa. Ao terminar esta levará o cirurgião o esmagador ao terceiro dente para logo depois tira-lo. Em geral fica o tecido da base bem laminado e juxtaposto, não havendo

penetração do conteúdo cecal ou apendicular entre as camadas esmagadas. Para mais ainda evitar essa eventualidade estamos de algum tempo a esta parte realizando a expressão do conteúdo apendicular da ponta para a base antes de ser colocado o esmagador. Quando, não obstante, se desunam as camadas esmagadas é preciso após ter sido colocada a laçada proximal esvasiar-se com a pinça de Kocher o conteúdo que aí se insinou antes de ser esta mesma pinça posta no limite listal da zona esmagada.

Córtex histológicos nos têm mostrado que a mucosa foge efetivamente da zona esmagada, o que certamente contribue para reduzir a contaminação no ponto em que irá ser feita a secção do apendice. Eis porque adotamos o esmagador de Pauchet-Kelly e não o processo de esmagamento da base do apendice com duas ou três pinças de Kocher, como em geral é feito. Nossas verificações histológicas mostram que com as pinças de Kocher ficam sempre áreas de mucosa entre elas intercaladas e que por fim o coto apendicular vai apresentar um pequeno tufo de mucosa, necessariamente séptica. Os esquemas apresentados mostram singelamente aquilo que a histologia nos esclareceu. Fig. 2.

Quando, nos casos agudos, a base do apendice é frivavel e não parece suportar a ação do esmagador sem risco de ser o mesmo amputado, evitamos seu uso e valemo-nos do excelente recurso descrito por Vaughan (14) para semelhantes eventualidades. Consiste em fazer-se a apendectomia pelo processo sub-seroso, método esse muito bem descrito e ilustrado pelo A. no vol. V da Cirurgia de Nelson, pelo que nos dispensamos de aqui sôbre ele insistir, anotando apenas que a ligadura do manguito mucoso nós a fazemos com uma laçada simples de efeito coprostático temporario, tal como está bem explicado no presente trabalho.

b) A sutura em bolsa é realizada com um fio de cat-gut embutido em agulha atraumatica e reta. Usamos, em geral, fio n.º 1 ou zero, e sempre cat-gut simples (não cromado). A agulha atraumatica e reta permite não só fazer-se sutura sem porta-agulhas, o que é muito mais rápido e simples, como também evita resvaladas para dentro da mucosa. O sistema de usar-se agulhas curvas montadas em porta-agulhas e dotadas de fundo falso, constitue a nosso vêr, uma técnica não só antiquada como ainda deselegante, brutal e perigosa.

O uso do fio de linho ou de algodão nos parece de todo desaconselhavel, pois nada justifica o emprego de um fio dotado de capilaridade n'uma zona onde ha suspeita de contaminação.

c) A laçada ou nó simples que se coloca na zona proximal do esmagamento, faz-se com cat-gut que não tenha sido humedecido, para que o nó não escorregue. A função dessa manobra é simplesmente fechar o coto do apendice na hora em que se faz a secção e até que seja ele sepultado, por isso é que se dá apenas um nó simples mas bem firme, certos de que uma vez mergu-

lhado o coto e sob a influencia da imbebição do fio pelos líquidos ele se desprenderá caindo finalmente dentro da luz do cecum. O perigo de uma contaminação massiça por projecção de conteúdo cecal no campo fica assim totalmente afastado. A questão da eventual hemorragia dentro da bolsa formada pelo recobrimento está igualmente posta de lado pela técnica do esmagamento que adotamos. Mesmo nos casos em que exista a arteria apendicular com ramo intra-mural, como descrevem Ochsner e Lilly (7) em 15 % dos casos, seu esmagamento com a base do apendice realisa a obliteração da luz vascular com segurança. Se a cavidade formada pela sutura em bolsa não se contaminar

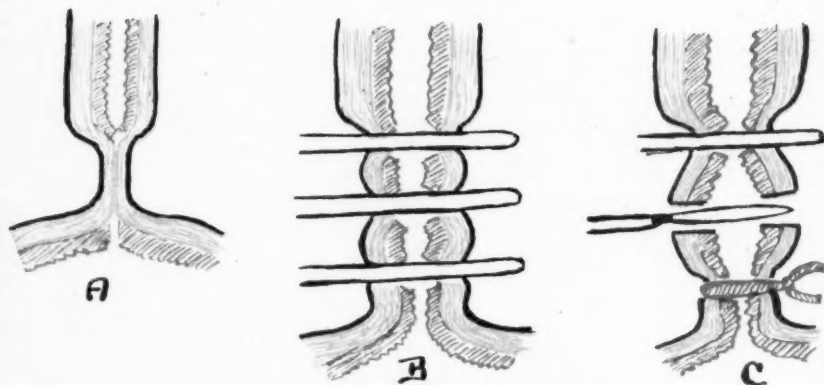


Fig. 2 — ESMAGAMENTO DA BASE DO APENDICE

A — Zona de laminação dos tecidos resultante da aplicação do esmagador de Pauchet-Kelly. A mucosa foi esmagada e afastou-se para o lado da cavidade cecal e do apendice deixando apenas entre os dentes do esmagador as tunicas muscular e serosa.  
B — Quando se usa o processo do esmagamento da base do apendice por meio de duas ou três pinças de Kocher fica sempre entre as areas comprimidas porções de mucosa que não escorregam de modo que ao ser sectionado o apendice resultará a presença de um tufo de mucosa ao nível do coto.

C — Como foi dito ficará sempre um tufo de mucosa entre a ligadura que substituiu a pinça proximal e a secção feita ao nível da pinça mediana.

poderá acontecer que a laçada temporaria fique *in situ*; nos casos, porém, de formação eventual de um abcesso estará absolutamente assegurada sua abertura para dentro do cecum visto que esta mesma laçada não irá constituir barreira a essa providencial solução.

d) A tintura de iodo que se coloca ao nível de secção da zona esmagada tem duplo escopo, por um lado procura esterilisar alguma contaminação presente; de outro lado atua atravez de uma reacção plastica que o iodo provoca na serosa peritonial, e facilita assim a obliteração da cavidade creada pela bolsa.



Para concluirmos o capítulo referente ao tratamento do coto resultante das apendectomias devemos dizer categoricamente que a não se usar os detalhes e minúcias aqui descritas como método ideal, melhor será adotar-se a técnica da ligadura simples sem nenhum recobrimento do que fazer-se recobrimentos defeituosos e eivados dos riscos das supurações em cavidades fechadas, pois com os atuais conhecimentos não se justificam mais mortes por complicações oriundos dos cotos apendiculares. Fig. 3.

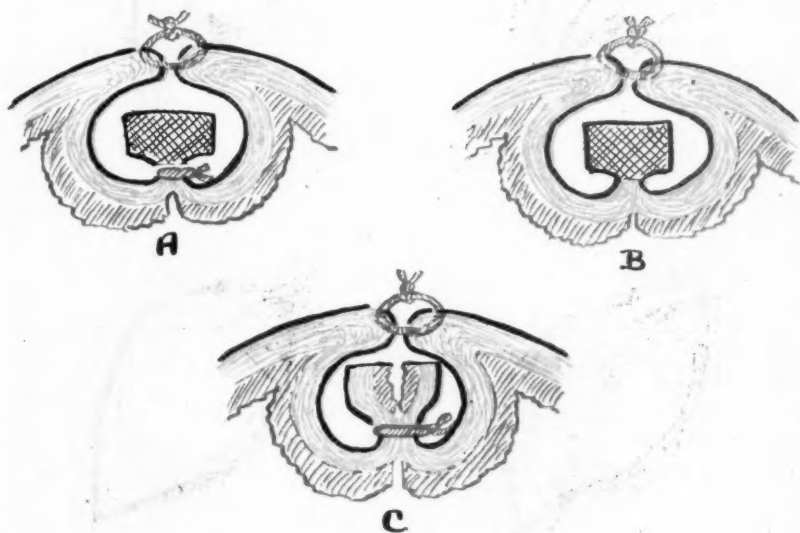
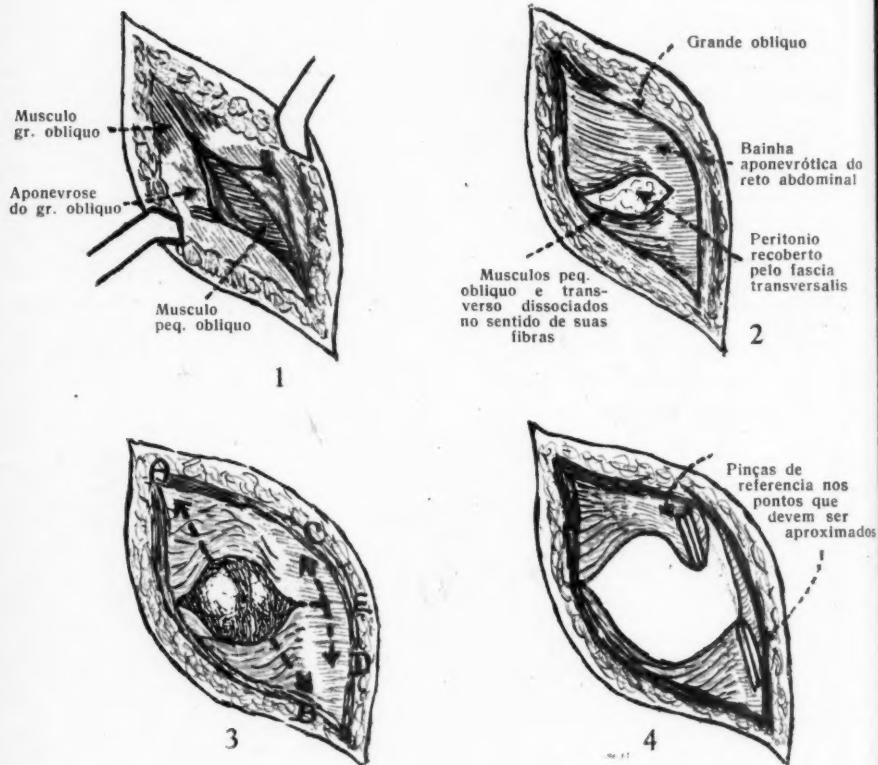


Fig. 3 — RECOBRIMENTO DO COTO APENDICULAR

A — No processo que adotamos forma-se uma cavidade fechada apenas temporariamente pela laçada simples de cat-gut. Se houver coleção supurada ela se abrirá para o cecum, pois a laçada não oferece resistencia e afrouxa-se logo depois devido à imbebição do fio pelos líquidos. Dentro da cavidade, por sua vez, a contaminação é mínima, pois o que ali está é um segmento da area esmagada do apêndice onde não existe mucosa, e a tintura de iodo nele colocado reduziu a contaminação promovendo, outrossim, sua obliteração. A sutura sero-serosa em bolsa nunca poderá se romper pois nada acontecerá que venha a forçá-la.

B — Na alternativa de prescindir-se da laçada de segurança a cavidade que se forma vae abrir-se logo para o cecum não permanecendo como tal, donde, a impossibilidade de formação de coleções. Ha porem o risco da abertura antes de ser a bolsa fechada e de verificar-se contaminação do campo.

C — O método condenavel e não mais justificado de tratar o coto apendicular. Ligadura do apêndice sem esmagamento ou após esmagamento com pinças de Kocher que deixam porções de mucosa e portanto contaminação da cavidade. Formação de uma cavidade fechada com sementeira pela contaminação do tufo de mucosa ali deixado (apesar do uso de fenol ou de cauterios). Ligadura forte, dupla ou triplíce, da base com a consequente dificuldade de abertura para o cecum de abscessos que se formem dentro da cavidade fechada. Nos casos em que cedam as suturas sero-serosas ter-se-á uma contaminação massiva do peritônio com provavel morte do paciente.



Aberto o peritônio e sendo necessário maior campo:

1.º — prolonga-se a abertura muscular em direção à bainha do reto (E).

2.º — secciona-se essa bainha para o alto (C) ou para baixo (D) ao longo da linha de Spiegel.

A secção das fibras musculares para o alto (A) ou para baixo (B), como em geral é feito, predispõe às eventrações.

Esquema mostrando a enorme ampliação obtida apenas com dissociação muscular e secções aponevróticas de fácil e segura reconstrução.

Fig. 4 — TÉCNICA PESSOAL PARA AMPLIAÇÃO DA INCISÃO DE MAC BURNEY NAS APENDECTOMIAS DIFÍCEIS

### 3) TÉCNICA PARA AMPLIAÇÃO DA INCISÃO DE MAC BURNEY.

Muito controvertido é também o ponto referente à melhor via de acesso ao apêndice. Reconhecem todos a vantagem de se eleger uma incisão capaz de fornecer campo suficiente para a operação e evitar assim as trações excessivas que não só lesam as vísceras como provocam choque.

As considerações relativas às variações de sede do apêndice consoante o tipo morfológico do paciente, bem como a grande soma de informações que o exame radiológico pre-operatório fornece, são também pontos pacíficos e que não comportam mais debates.

Resta apenas a escolha entre as incisões mais correntes, a saber, a incisão de Mac Burney, tão estética e anatômica e a incisão de Jalaguier, mais ampla e capaz de com facilidade mais ampliar-se ainda.

Seduzido pelas vantagens incontestáveis da incisão de Mac Burney foi que em 1931, introduzimos uma técnica que permitia usar sistematicamente essa tão vantajosa via sem ficarmos expostos a precalços nos casos em que se tornasse necessária a ampliação da incisão.

Nosso trabalho (2), publicado no "São Paulo Médico" de julho de 1931, n.º 3, página 105, expõe o processo e apresenta uma figura explicativa, e no entanto não mereceu a honra de despertar a atenção que efetivamente deveria suscitar. Consoinou-nos, porém, o fato de ter Morador (10) descrito em 1935 como sendo original do Prof. Blanco Acevedo a mesma técnica e então tercer-lhe os mais calosos elogios.

Como este trabalho não teve também em nosso meio a necessária repercussão, pois com frequência, temos notícia de que para ampliar a incisão recorrem nossos cirurgiões às secções musculares, vamos aproveitar para voltar ao assunto reivindicando, outrossim, a nossa prioridade.

Consiste o processo em combinar, quando se torne necessária a ampliação da via de acesso, a incisão de Mac Burney com a incisão aponevrotica de Jalaguier, como as figuras procuram demonstrar. Fig. 4.

A dissociação muscular é prolongada até a bainha do músculo reto, onde o cirurgião poderá escolher, conforme as dificuldades estejam para cima ou por baixo, a ampliação da abertura para qualquer desses lados ou mesmo em ambos os sentidos, pela secção da borda externa dessa bainha no ponto em que suas folhas se unem para formar um só folheto aponevrotico assaz forte e fácil de ser cortado e mais tarde reparado. Com esse recurso

perde a via de Mac Burney seu úbico possível inconveniente, qual seja o de dificultar por vezes a operação, dada a exiguidade de campo que faculta. Mesmo para as intervenções difíceis e com distopias do órgão a ampliação ôra descrita nos tem proporcionado excelente recurso sempre capaz de permitir a mais completa e perfeta exposição visceral.

A reconstituição é feita com toda facilidade, sendo primeiramente suturada a bainha do reto e, a seguir, feita a aproximação dos musculos dissociados, como de habito.

Em nenhum caso tivemos a consignar o aparecimento de eventrações ou outras dificuldades.

Por nos parecer um processo de alta valia e digno de ser divulgado, por contribuir esas ampliação para reduzir os tramatis-mos internos, por ter resistido à sempre justa critica do tempo, é que hoje voltamos a publica-lo certos de que outros que o empreguem, encontrarão nele o mesmo valioso recurso que tanto nos tem servido em inumeras vezes. Quaisquer dificuldades na localisação do apendice, na sua exteriorisação ou manuseio, são indicações suficientes para desde logo e sem perda de tempo pratique-se a ampliação da incisão pela técnica aqui proposta.

#### 4) CONCLUSÕES.

- 1) As técnicas fundamentais para o tratamento do coto resultante das apendectomias datam todas de século passado.
- 2) Podem elas se agrupar em 3 tipos a saber: a) Ligadura simples do apendice sem recobrimento, ou técnica de Krönlein. b) Ligadura do apendice seguida de recobrimento, ou técnica de Treves. c) Recobrimento do coto sem ligadura, ou técnica de Dawbarn.
- 3) A última dessas técnicas com as modificações e detalhes que adotamos parece-nos o método ideal. A não adotar-se essa técnica será preferível a primeira ou seja a ligadura simples sem recobrimento, que não sendo isenta de riscos nem respeitando os princípios da cirurgia abdominal ainda é menos má que a segunda delas.
- 4) O método de Treves ou seja a ligadura forte e firme do coto, com vários nós, seguida de recobrimento, é processo condenavel pelos riscos a que expõe. Como seu uso é bastante corente conclue-se que suas complicações não devem ser muito frequentes, pelo menos até onde podem as estatísticas e comunicações fazer supôr. Dado, porém, que são conhecidos casos de desfecho fatal, fica de todo excluida semelhante processo do rôl dos métodos aceitaveis, sendo seu em-

prego fruto da ignorancia desses mesmos riscos ou da deliberada intransigencia pelas quais pagarão, em qualquer dos casos, as vítimas.

- 5) A incisão de Mac Burney pôde ser adotada como via exclusiva de acesso ao apêndice, pois a técnica proposta pelo autor em 1931 permite ampliá-la sem dificuldades e sem expô-la às eventrações, tornando-a assim um método universal.
- 6) As ampliações da incisão de Mac Burney pelas secções musculares são desnecessárias e nocivas, interferem com o espírito com que foi creada o método, têm reparação mais difícil porque colidem com princípios anatómicos, e expõem a eventrações, pelo que devem ser abandonadas em definitivo.

#### 5) BIBLIOGRAFIA.

- 1) BOSCH ARANA — Sincronizacion Quirurgica. Apêndicectomia. Ed. "El Ateneo" Buenos Aires — 1934.
- 2) BERNARDES DE OLIVEIRA, A. — Dois casos raros de cirurgia abdominal. São Paulo Médico, julho de 1931, n.º 3, pg. 105.
- 3) DAWBARN, R. — A study in the technic of operation upon the appendix Intern. J. Surg. 1895, VIII, pg. 139.
- 4) HORSLEY in Horsley and Biger — Operative Surgery vol. 2. pg. 1078 Ed. Mosby, 1940.
- 5) KIRSCHNER, M. — Operationslehre. Zweiter Band, pg. 305. Ed. Julius Springer. Berlin, 1932.
- 6) KRÖNLEIN, — Ueber die operative Behandlung de acuten diffusen jauchigeitrigen Peritonitis. Arch. f. klin. Chir. 1886, XXXIII, pg. 507. cit. por Kelly — ref. 46.
- 7) OCHSNER, A. and Lilly, G. — The technique of apendectomy. Surgery, 1937, II, pg. 532.
- 8) MAYO, Ch. — Southern Med. and Sur. febr. pg. 103. cit. por Thorek — vol. 3, pg. 1477.
- 9) MARTEL, de et DENET, J. C. — in Pauchet — Pratiq. Chir. Illustrée vol. XXIII, pg. 129. Ed. G. Doin. Paris 1939.
- 10) MORADOR, L. — El Dia Médico, 1935, n.º 50, julho, pg. 1068.
- 11) SLOAN, H. G. — Apêndicitis in Lewis Practice of Surgery, vol. VII, cap. 3, pg. 29.
- 12) THOREK, M. Modern Surgical Technic, vol. 3, Ed. J. B. Lippincott, 1938.
- 13) TREVES, F. — Reapsing typhlitis treated by operation. Med. and Surg. Trans. 1888, LXXI, pg. 165.
- 14) VAUGHAM, R. T. Apêndicitis. in Nelson Loose Leaf Surg. vol. V pg. 297.

**“Eficiente quimioterapia” tópica, anti-infecciosa pela prolongada concentração salivar da Sulfadiazina**



**Efeito  
hemostático  
pela  
Sulfadiazina.**

Tratamento local direto das feridas septicas da garganta e da boca, das amigdalites e faringites agudas, gengivites e estomatites infecciosas.



**LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.**

Seção de Propaganda:

**PARQUE D. PELRO 11, 870-876 — TEL. 3-5916**

(Rêde interna) — São Paulo

**Direção científica: Farm. FAUSTO SPINA**



## O emprego do curare em cirurgia protológica \*

**Dr. Paulo de Albuquerque Prado**

Médico da Penitenciária do Est. de S. Paulo

### I — HISTÓRICO

Poucas substâncias tóxicas têm despertado o interesse do *curare*. Levado à Europa pela primeira vez por Sir Walter Raleigh em 1595, de volta de suas viagens às Guianas, deu o *curare* motivo a uma série de investigações sobre suas propriedades farmacológicas.

A idéia da aplicação do *curare* portanto em terapêutica não é nova: Claude Bernard, com efeito, previu em 1856, essa possibilidade e seu discípulo Vella utilizou-o com aparente sucesso no tratamento de um caso de tétano traumático, observando relaxamento muscular transitório após a aplicação de soluções de *curare* sobre a ferida.

As possibilidades terapêuticas do *curare* foram previstas por Claude Bernard que sugeriu o seu uso nas afecções convulsivas. Os resultados dos ensaios terapêuticos nessa época não foram satisfatórios na maior parte. Isto se deve à insuficiência das doses empregadas, a falta de prodronização, ao uso de amostras inadequadas para tal finalidade, os inconvenientes do uso parenteral de preparações não esterilizadas, etc....

O *curare* é extrato vegetal preparado por certas tribos do Amazonas e do Orenoco. As plantas que fornecem os princípios ativos do *curare* foram identificadas por naturalistas do século XIX como pertencentes a várias espécies do gênero *Strychnos*. A presença de menispermaceas na fabricação de certos *curares* foi assinalada por Castelnau e Martius.

Em 1897, Boehm isolou dois alcalóides de um *curare* em tubo de origem desconhecida — 1 — curina, base terciária que se mostrou fisiologicamente inativa e a tubo curarina, base quaternária amorfa de alta atividade fisiológica.

Scholtz, em 1911, conseguiu isolar a d-bebeerina da denominada "raiz parreira", droga essa que se julgava proveniente da

\* Trabalho apresentado à 2.ª reunião da Sociedade Brasileira de Protologia.

planta *Chondodendron tomentosum* R. et P. e que mais tarde se provou ser derivada de *Chondodendron platyphyllum* ou de *Chondodendron microphyllum*. Essa substância não revelou atividade fisiológica.

Spaeth por volta de 1928, mostrou ser a 1-curarina de Boehm isômero enantiomórfico da d-bebeerina de Scholtz e propôs mesmo uma fórmula química para ela. Em 1935, King, isolou uma amostra do curare em tubo de origem desconhecida proveniente do museu do curare, constituído por um clorêto cristalino de uma base quaternária de grande atividade fisiológica, o clorêto de d-tubocurarina e sugeriu que a origem do curare fôsse pesquisada em plantas da família das Menispermáceas e principalmente do gênero *Chondodendron*. Posteriormente Folkers aventou a possibilidade de ser o *Chondodendron tomentosum* a origem botânica do alcalóide de King.

Wintersteiner e Dutcher, isolaram em 1941 e 1942, de um extrato de *Chondodendron tomentosum* perfeitamente identificado o clorêto de d-tubocurarina cristalizado, d-isocondodendrina e outras bases terciárias, provando indubitavelmente ser a d-tubocurarina proveniente daquela planta.

Em nosso trabalho nos utilizamos do *Intocostrin* que é um preparado comercial oriundo do *Chondodendron tomentosum* purificado; provém de um curare bruto indígena, que em experiências realizadas, provou ter ação essencialmente do curare puro, produzir então interrupção do impulso nervoso para os músculos do esqueleto, no ponto de junção mioneural.

## II — DOSAGEM

A dosagem se faz em coelhos pelo método da queda de cabeça. Consiste em se fazer sucessivamente injeções endovenosas de pequenas quantidades do produto, com intervalos de 15 segundos, até que o animal não mais levante a cabeça após um estímulo reflexo. De acôrdo com essa dosagem cada  $\text{cm}^3$  da solução contém uma quantidade de *Intocostrin* equivalente a 20 unidades.

## III — MODO DE AÇÃO

A ação típica do curare consite na interrupção do impulso nervoso para os músculos do esqueleto, no ponto de junção mioneural.

A ação do curare parece ser proporcional à quantidade presente. Quando injetado endovenosamente, o *Intocostrin* produz rapidamente uma paralisia dos músculos esqueléticos. O diafragma e os músculos intercostais são os últimos atingidos, por essa razão as complicações respiratórias se manifestam tardiamente.

O medicamento elimina-se rapidamente, porisso a duração do seu efeito máximo, (o qual é imediatamente atingido), é transitória.

Quando sobreveem depressões respiratórias graves ou mesmo parada da respiração, pode-se vencer a fase de paralisia por meio de uma respiração artificial bem conduzida. E' necessário certeza de que existe passagem para o ar, pois a paralisia da glote ou a obstrução laringeana podem estar presentes, principalmente na curarização profunda. O laringo-espasmo, observado em anestesia, é atenuado na curarização.

A prostigmina é o antidoto fisiológico do curare e a depressão respiratória, si não fôr muito profunda é combatida pela ação desta droga.

#### IV — O CURARE EM ANESTESIA

O Intocostrin deve ser usado por aquêles que têm experiência como um auxiliar na anestesia. Contudo o seu emprego é perigoso pois uma super dosagem determinada a paralisia dos músculos respiratórios.

As experiências feitas em animais provam que se produzem efeitos tóxicos cumulativos após a associação de doses grandes de atropina com o Intocostrin. Porém, usualmente na prática não se verificaram acidentes com doses terapêuticas de curare e os alcalóides de beladona. Porisso se recomenda a medicação prévia.

O Intocostrin proporciona um relaxamento muscular satisfatório, que permite a redução da quantidade do anestésico e por conseguinte a profundidade da anestesia.

Numa narcose no segundo plano de anestesia, com qualquer anestésico: ciclopropano, protóxido ou tionembutal obtém-se relaxamento muscular com doses moderadas do Intocostrin: 40 a 60 unidades. Podem-se adicionar doses suplementares se necessário. Se a operação se prolongar além de 45 minutos poderão ser ministradas mais 30 ou 40 unidades. Há anestestistas, que ministram 100 unidades em uma única injeção inicialmente ou no decorrer da anestesia. Nesse caso só se devem dar doses adicionais após algum tempo e com muito cuidado.

Recomenda-se quando o anestésico geral é o eter, utilizar 1/3 da dose de Intocostrin.

Usando-se o tionembutal e o curare é possível que se dê um precipitado da solução.

Para se prevenir isto, o método usual consiste em se injetar as soluções alternativamente, com um tubo em Y, usando a mesma agulha. Em nosso trabalho injetamos o tionembutal e o Intocostrin isoladamente (duas punções venosas), para evitar a possibilidade de precipitação das soluções.

Griffith (Montreal, Canadá), foi o pioneiro das publicações a respeito do uso do curare.

O A. empregou a dose de 100 unidades de Intocostrin em injeção endovenosa, aplicando-a em qualquer momento da intervenção, quando se requer um relaxamento maior.

Usou mais constantemente o Ciclopropano, associado com o Intocostrin afim de não precisar grande dose de ciclo.

Observou o referido A. que 100 unidades são suficientes, não constatando efeitos nocivos, sinão depressão respiratória facilmente combatida.

Como Cullen, Griffith observou que o Intocostrin pode ser empregado com o eter, porém reduzido a dose de um terço da empregada com o ciclopropano.

Griffith também utilizou Intocostrin com protóxido de azoto, etileno e tionembutal. Segundo Hudon a combinação tionembutal e Intocostrin deu excelentes resultados. Griffith afirma que a medicação pre-operatória não tem efeito sobre a ação do Intocostrin.

Cullen é partidário da medicação pre-operatória e aconselha particularmente a atropina e a escopolamina.

Pelo uso do Intocostrin se obtém um relaxamento muscular que só se conseguiria com o aumento da concentração do anestésico, ao passo que é possível manter o paciente em anestesia por inalação ligeira e de segundo plano.

Os adultos são, em geral, toleram pelo menos 60 unidades como dose inicial, porém Cullen preconiza 40 unidades inicialmente e uma dose total média de 70 a 75 unidades. Se a dose for insuficiente, metade a dois terços da inicial serão injetados após 3 a 5 minutos. A essas doses pode-se somar outras pequenas quantidades até se estabelecer respiração calma, relaxamento muscular completo e contração do intestino.

A quantidade de curare usada para produzir o estado ideal de relaxamento muscular, frequentemente deprime de modo considerável a respiração. Essa depressão dura uns 5 minutos; para combatê-la usa-se a ventilação artificial pela compressão manual da bolsa do aparelho de anestesia.

Cullen também usou o Intocostrin associado ao protóxido de azoto, obtendo relaxamento muscular que não era possível obter só com o anestésico geral. Constatou mais comumente depressão respiratória.

Griffith e Smith com sua experiência não observaram efeitos circulatórios indesejáveis. Cullen, porém, em casos isolados e com doses únicas de Intocostrin obteve séria baixa da pressão sanguínea. Porisso o A. recomenda doses fracionadas preferentemente a doses simples de 100 unidades, para evitar a depressão circulatória.

Cole é de opinião que o Intocostrin pode ser usado na maioria dos pacientes, por um anestesista experimentado pois, produz o relaxamento dos músculos abdominais na anestesia pelo pelo ciclopropano, sem as dificuldades e os acidentes do bloqueio raquiano, ocasionando porém, em muitos casos depressão respiratória, que é facilmente tratada como vimos anteriormente.

Por estes dados depreendemos, que o curare vem sendo largamente empregado pelos autores americanos, com grande sucesso, como um poderoso auxiliar nos diversos tipos de anestesia.

#### V — O EMPREGO DO CURARE EM CIRURGIA PROTOLOGICA

O assunto do nosso trabalho nos foi sugerido pelo Dr. Marcello B. C. Nogueira.

Baseados no uso do curare em cirurgia geral, segundo estudos dos autores estrangeiros e familiarizados com o seu emprego entre nós, ocorreu-nos observar particularmente a sua ação em cirurgia protológica.

Estudado o problema da anestesia em protologia, referimos o fato de, utilizando a narcose (gases, eter ou tionembutal), frequentemente termos que associar a anestesia local para conseguir bom relaxamento dos esfínteres anais e assim obter condições ideais para o ato cirúrgico.

Cientes da propriedade que tem o curare de relaxar a musculatura, nos lembramos de associá-lo à narcose, quer por inalação, quer venosa (tionembutal) em vez da associação com anestésico local.

Desta maneira, conseguimos com pequenas doses de anestésico geral (narcose superficial) associada ao curare, logo após o injeção deste último, um ótimo relaxamento dos esfínteres, facilitando sobremaneira a operação.

Assim procedendo, evitamos os inconvenientes resultantes dos traumatismos nos tecidos vizinhos ao campo operatório, bem como certas perturbações do metabolismo celular local, que sempre diminuem a resistência dos tecidos, ocasionados pelo anestésico local.

Entretanto, muitas vezes, devido às condições do paciente, eramos forçados a contraindicar a narcose, ficando reduzidos somente à anestesia loco-regional.

Habitados com esta modalidade de anestesia, no entanto em alguns casos, pacientes pusilânimes, pacientes obesos, apesar da acurada tecnica, não logramos obter condições ideais de relaxamento muscular. Ainda aqui nos lembramos de associar o curare. O resultado atingido foi o melhor possível, pois empregamos menor quantidade de anestésico local. Nos casos desfavoráveis referidos há pouco, obtivemos relaxamento completo dos esfínteres.

## VI — TÉCNICA

Em todos os nossos casos usamos no pré-operatório, geralmente, trinta minutos antes da operação, sedol e atropina.

Na narcose pelo tionembutal, uma vez feita a indução e colocado o dispositivo de inalação de oxigênio contínuo, iniciamos a desinfecção e preparo do campo operatório. Isto feito, puncionamos outra veia, fazendo injeção de 40 unidades de Intocostrin. Nesta fase, o paciente mantido em narcose superficial, em média 2 a 5 minutos após a administração do curare, apresenta relaxamento total dos esfínteres anais, permitindo o exame completo das lesões ano-retais, bem como todas as manobras cirúrgicas.

Na maioria dos nossos doentes, não foi necessário dose suplementar de Intocostrin, pois as operações tiveram duração inferior a 30 minutos.

Em um dos casos apresentados, entretanto, fomos forçados após 15 minutos a administrar dose suplementar de 40 unidades, para que se estabelecesse o relaxamento almejado.

Com o uso do oxigênio contínuo e a observação atenta dos pacientes, tivemos um só caso de acidente, em que o paciente entrou em síncope respiratória, como adiante referiremos. Nesse caso o agente da narose foi o eter. Na narcose por este agente a técnica usada é a mesma, usando-se dose moderada de curare, como já referimos.

Na anestesia loco-regional, adotamos a técnica recomendada por Bacon, usando uma solução de neotutocaina a 1/750 com adrenalina.

Constatamos que com a associação de Intocostrin a quantidade de anestésico local usual, de cerca de 40 cc. poderia ser reduzida a 25 cc.

Uma vez concluída a infiltração anestésica local, puncionamos a veia, injetando 40 unidades de Intocostrin. Também aqui o uso do oxigênio contínuo se faz necessário. No prazo de 2 a 5 minutos após a injeção de curare se dá o relaxamento total dos esfínteres.

Alguns pacientes acusam certa dificuldade em movimentar a cabeça e disartria. Nenhum doente, com exceção daquele já referido, apresentou mal estar acentuado que obrigasse o uso da prostigmia, que conforme vimos anteriormente é antídoto do curare.

A nossa pequena experiência nos capacitou a recomendar como melhores, as associações tionembutal-curare e loco-regional-curare. Com o eter recomendamos prudência na administração do curare e cuidados técnicos especiais. Em vista da pe-



quena casuística, não podemos condenar a associação eter-curare, porém em nossas conclusões, contraindicamos a referida associação.

## VII — CASUÍSTICA

O nosso trabalho foi realizado no Hospital da Penitenciária de São Paulo, no Serviço de Clínica Cirúrgica, sob a direção do Dr. Marcello B. C. Nogueira.

### A — Anestesia loco-regional e Curare:

1.º Caso: Sentenciado n.º 9.318 — Registro n.º 1.079.

Diagnóstico: Hemorroides. Polipo do reto.

Operação: Hemorroidectomia e extirpação do polipo.

Anestesia: local (neotutocaina a 1/750 e adrenalina — 10 gotas) usaram-se 20 cc. do anestésico local.

Associaram-se 2 cc. (40 unidades) de curare, endovenosamente. Após 2 minutos, houve relaxamento total dos esfínteres, conseguindo-se facilmente extirpar o polipo retal, cauterizar a sua base, bem como ressecar um mamilo hemorroidário.

2.º Caso: F. P. (Casa de Detenção) — Registro n.º 1.088. Registro anterior n.º 1.071.

Diagnóstico: Fissuras ost-operatórias.

Operação: Fissurectomia.

Anestesia: local (neotutocaina 1/750 e adrenalina — 10 gts.). Usaram-se 20 cc. do anestésico local.

Associou-se o curare. Inicialmente administraram-se 2 cc. do mesmo. Não houve relaxamento, porisso administrou-se após 5 minutos, dose suplementar de 2 cc. O relaxamento dos esfínteres verificou-se após 2 minutos. Realizou-se a ressecção dos leitos de 3 fissuras e secção de fibras do músculo esfínter externo.

N — Neste caso o paciente apresentou perturbação da articulação da palavra, queda do maxilar, paralisia dos músculos do pescoço e diminuição da amplitude dos movimentos respiratórios. No fim da operação, administrou-se uma empola de prostigmina, mais como garantia. Houve melhora nas excrções respiratorias.

3.º Caso: Sentenciado 9.447 — Registro n.º 1.117.

Diagnóstico: Hemorroides.

Operação: Hemorroidectomia.

Anestesia: local (neotutocaina 1/750, sem adrenalina). Não se usou adrenalina, pois o doente era hipertenso (21-17), tivemos então que usar dose maior de anestésico local (60 cc). Administraram-se 2 cc. de curare. Embora o caso fosse desfavorável (anus infundibuliforme), realizou-se bem a operação: o relaxamento dos esfínteres deu-se após 3 minutos.

4.º Caso: Sentenciado 8.548 — Registro n.º 1.141.

Diagnóstico: Hemorroides.

Operação: Hemorroidectomia.

Anestesia: local. Usou-se a mesma solução na dose de 30 cc. Associaram-se 2 cc. de curare. O relaxamento dos esfínteres sobreveio após 2 minutos, realizando-se bem a operação.

5.º Caso: Sentenciado 8.996 — Registro n.º 1.127.

Diagnóstico: Hemorroides.

Operação: Hemorroidectomia.

Anestesia: local (mesma solução). Usaram-se 30 cc. do anestésico local. Injetaram-se 2 cc. de curare e o relaxamento dos esfínteres apareceu após 2 minutos.

6.º Caso: Sentenciado 9.428 — Registro n.º 1.109.

Diagnóstico: Hemorroides.

Operação: Hemorroidectomia.

Anestesia: local (mesma solução). Após infiltração de 25 cc. de anestésico local, injetou-se o curare e o relaxamento dos esfínteres deu-se após 2 minutos.

7.º Caso: Sentenciado 8.450 — Registro n.º 1.098.

Diagnóstico: Hemorroides e papilite.

Operação: Hemorroidectomia e extirpação de papilas.

Anestesia: local. Usaram-se 30 cc. da mesma solução anestésica. Após a administração do curare obteve-se o relaxamento dos esfínteres após 1,5 minuto.

8.º Caso: Sentenciado 8.688 — Registro n.º 1.092.

Diagnóstico: Hemorroides.

Operação: Hemorroidectomia.

Anestesia: Utilizaram-se 20 cc. da solução anestésica local.

Administraram-se 2 cc. de curare e o relaxamento dos esfínteres verificou-se 2 minutos após a injeção.

#### B — *Narcose pelo tionembutal e Curare:*

9.º Caso: M. T. (da Cadeia de Santos). — Registro n.º 1.143.

Diagnóstico: Hemorroides.

Operação: Hemorroidectomia.

Anestesia: Narcose pelo tionembutal (0,5 gr. — endovenosamente).

Estando o paciente no 2.º plano de anestesia administraram-se 2 cc. de curare. O relaxamento dos esfínteres foi obtido após 2 minutos. Não houve depressão respiratória e realizou-se a operação muito facilmente.

10.º Caso: W. M. (da Casa de Detenção) — Registro n.º 1.151.

Diagnóstico: Hemorroides.

Operação: Hemorroidectomia.

Anestesia: Narcose pelo tionembutal endovenoso (usou-se 1,5 gr. do anestésico geral).

Associaram-se 2 cc. de curare e o relaxamento dos esfínteres observou-se 3 minutos após a injeção. Não houve depressão respiratória e a operação realizou-se normalmente.

11.º Caso: Sentenciado 9.304 — Registro n.º 1.089.

Diagnóstico: Fístula ano-retal.

Operação: Desbridamento da fístula.

Anestesia: Narcose pelo tionembutal (usou-se 1,25 grs.).

Associou-se o curare na dose de 2 cc. e o relaxamento dos esfínteres deu-se aos 1,5 minuto.

N — O paciente era débil mental e apresentava-se em estado de torpor devido à medicação pré-operatória.

A operação decorreu normalmente, não tendo havido depressão respiratória.

12.º Caso: Sentenciado 9.394 — Registro n.º 1.180.

Diagnóstico: Papiloma anal.

Operação: Enucleação.

Anestesia: Narcose pelo tionembutal (usou-se 1 gr.).

Associou-se realizar satisfatoriamente a operação.

13.º Caso: Sentenciado 7.937 — Registro n.º 1.181.

Diagnóstico: Fistula ano-retal.

Operação: Desbridamento do trajeto da fistula.

Anestesia: Narcose pelo tionembutal (usou-se 0,85 grs.).

Associaram-se 2 cc. de curare e o relaxamento dos esfínteres verificou-se após 2 minutos e fez-se a operação.

#### C — Narcose pelo Eter e Curare.

14.º Caso: J. R. (da Casa de Detenção) — Registro n.º 1.168.

Diagnóstico: Hemorroides.

Operação: Hemorroidectomia.

No pre-operatório foi feito, como em todos os nossos casos, uma empolva de sedol e outra de atropina ( $\frac{1}{4}$  mgr.).

O paciente foi para a mesa bastante deprimido, não conseguindo mover-se, apresentando incoerência psíquica e não reagindo aos estímulos. O paciente inicialmente reagiu à máscara e entrou em sono profundo 10 minutos após. Administrou-se o curare na dose de 2 cc., lentamente na veia. O doente que estava com respiração normal, em ritmo e amplitude, 5 segundos após a injeção do curare, que foi feita lentamente na veia, apresentou grande depressão respiratória, até que passados 10 segundos, cessou de respirar por completo: síncope respiratória. A síncope respiratória foi atendida de pronto. Já quando da depressão respiratória, administrou-se a prostigmina. Repetiu-se a injeção de prostigmina, ao mesmo tempo em que se retirou a máscara do anestésico, e iniciou-se a respiração artificial manual. Simultaneamente administrou-se o gas carbônico (CO<sub>2</sub>), por cateter nasal. Após 15 minutos de respiração artificial, o paciente voltou a respirar. Não se pôde entretanto realizar a operação, muito embora se tivesse conseguido um ótimo relaxamento dos esfínteres.

#### VIII BIBLIOGRAFIA

1. CAMPOS, J. S.; BRAZIL, O. V. — Curare — Sobre o emprêgo do dimetil eter da metil bebeerina em clinica.
2. BRAZIL, O. V.; SEBA, R. A. e CAMPOS, J. S. — Curare — Obtenção e farmacologia do dimetil eter da metil bebeerina.
3. VELLA, L. Emploi du curare dans le traitement du tétanos. Compt. rend. Acad. d. sc., 49, 330, 1859.
4. BOEHM, R.; Arch. Pharm. 235: 66, 1897; through J. Chem. Soc. Abstr. 74: 28, 1898.
5. SCHOLTZ, M.; Arch. d. Pharm. 237: 199, 1899; 249: 408, 1911.

6. KING, H. — Citado por Henry — The plants alkaloids, J. e A. Churchill Ltd., London, 1939.
7. WINTERSTEINER, O. e DUTCHER, J. D. — Curare alkaloids from *Chondodendron tomentosum*. Science, 97, 467, 1943.
8. GRIFFITH, H. R.; Curare in Anesthesia, Paper read at Meeting Canadian Medical Association, May 24, 1944.
9. CULLEN, S. C.; Anesthesiology 5: 166, 1944.
10. COLE, F. Staff Meet. Bull. Hosp. University Minnesota 15; 359, 1944.
11. NOGUEIRA, M. B de C. e MONDADORI, E. C. F. — Anestesia em proctologia. An. P. Med. e Cir. LIV (2): 7, 1946.
12. DUMÉRIL e BIBRON. Esp. Gén. VII; 1371, 1854.

Endereço: Av. Ipiranga, 901 — Ap. 6 — 3.º andar

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

## Fabrica Nacional de Moveis Aseticos



Salas de Esterilizações — Instrumentos de Cirurgia  
Química, Baeteriologia e Eletricidade Médica

### LUTZ, FERRANDO

OTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S. A.

Rua Direita, 33

São Paulo

## O rim artificial e a parabióse

**Dr. Frederico de Marco**

*Cirurgião em Araraquara*

Vamos esclarecer o que há a respeito de um rim artificial, visto que uma vez tentamos solucionar o problema com a parabióse!

Os pesquisadores já chegaram à realização no campo experimental e clínico do que se chama rim artificial, ou melhor, rim mecânico, com êxitos bem significativos.

Refere-se às experiências de Carrel?

— Claro que não!

— E Voronoff?

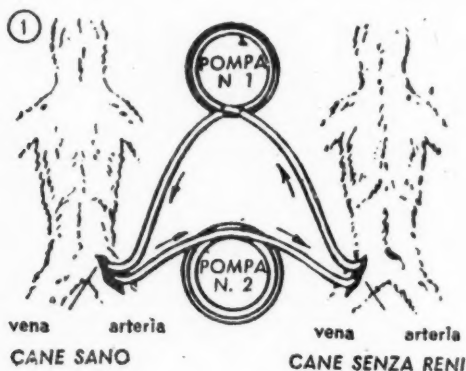
— Também as pesquisas de Voronoff não visam diretamente o mesmo objetivo, embora a finalidade última de seus enxertos se reduza a introduzir no organismo o que falta, com a enxertia de parte do órgão correspondente. Como iremos vêr, esse foi um campo no qual exercemos uma certa atividade, seja com ensaios sobre a enxertia parabiótica seja com os atuais estudos nossos sobre a enxertia laminar e periarterial, como resulta também de uma nota prévia por nós enviada à um Congresso de Medicina, dirigindo-a ao Prof. Austregesilo, do Rio. Quando regressamos da Europa, em 1928, alguns jornalistas nos entrevistaram, a pedido do General Flores da Cunha, e, tanto o "Globo", como a "Noite", de 25 de maio de 1928 deram publicidade a respeito dessas nossas idéias. Tudo isso surtiu tal interesse no estrangeiro, a ponto de uma Universidade nos pedir que lhe enviassemos, para a sua biblioteca, exemplares de tais publicações, pois os pedidos nessa biblioteca por parte dos médicos e estudiosos, eram contínuos e insistentes. — (Buenos Aires).

— Mas o que interessa hoje é o argumento da conquista prática do rim artificial. Um russo, dizem, conseguiu enxertar até o coração.

— Deus queira que não se troquem chumbo.

— O rim mecânico é assim concebido: Em fisiologia já existia a circulação cruzada. O rim mecânico não é essencialmente senão uma circulação "cruzada" entre o doente e o aparelho com uma bomba propulsora, afim de fazer circular o sangue do indivi-

duo doente para o aparelho dialisador e vice-versa. O sangue depurado pelo aparelho passa por sua vez à artéria do doente até a eliminação e neutralização das escórias metabólicas tóxicas visadas, que nos casos clínicos em foco se referem a doenças do rim por retenção de uréa (uremia, glomerulo-nefrite, etc. nas quais a uréa do sangue aumenta até ocasionar a morte — 400 miligramas por cento — (Lei de Widal). As tentativas para conseguir esse feito não datam de hoje, e através de muito esforços, depois de KOLFF, NOORWID, ABEL, TURNER, HAAS, THALHIMER, etc., Beck e Kolff tomaram novamente a peito a questão, conseguindo um aparelho mais aperfeiçoado, capaz de separar a uréa do sangue, através de uma superfície dialisadora muito maior do que 24.000 cm.2 isto é, 4.000 superior ao do rim do homem.



(1) Uma artéria de um cão comunica com a veia do outro e reciprocamente o cão são elimina a uréa do sem rins

A técnica consiste em introduzir seja na veia (veia cubital) como na artéria radial do paciente, duas canulas de vidro, cada uma das quais vae se comunicar com a parte relativa do aparelho dialisador.

Entende-se por diálise a separação de moléculas cristoides de particulas coloidais (osmose). Ao paciente é necessário injeitar eparina, afim de impedir a formação de coagulos. Talvez com esta mesma substancia tornar-se-á possível congelar e descongelar organismos vivos, conservando-os congelados por tempo indeterminado, como tentou em tempos idos RAUL LE PIOTECT com os peixes e outros mais recentes.

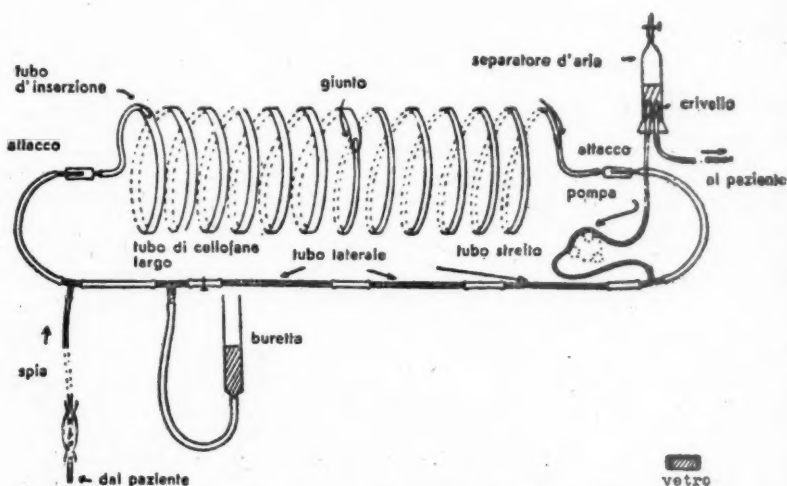
O sangue arterial flúe do paciente e penetra no aparelho, e depois de passar por um tubo depurador afim de evitar embolias gasosas, nocivas e perigosas, é reenviado à circulação do paciente mediante a ação de uma bomba. A parte dialisadora é constituída



por 2 tubos de celofana, do diametro de 4 a 6 milímetros, respectivamente, comunicantes e enrolados em forma espiral em um cilindro metálico que gira banhado em uma solução de 100 litros de clorureto de sódio 0,6 gr. por litro, bicarbonato de soda, 0,2 grs., clorureto de potassio, 0,4 gr. de glicose 1,53 gr. A urea, destarte, passa por tubos de celofana para a parte exterior dos mesmos. Há dispositivos de controle, seja para a velocidade do sangue, seja para vêr o que se passa nas partes essenciais funcionando do mesmo.

Resultados interessantes relatam o Prof. Rossi, em "Sapere" e "The Lancet", de 10 de Nov. de 1946, e o próprio Dr. Kolff, com as provas do Hospital do Monte Sinai de New York, em

(2)



(2) Esquema do dializador contínuo. O sangue da artéria radial entra, depois de ter passado pela "espia" numa das extremidades do rim artificial saindo pela extremidade oposta, sendo bombado, para a veia do paciente previa passagem por um separador em bolhas

casos julgados incuráveis pelos meios comuns, e nisso consiste o grande interesse despertado pelo método, pois é possível salvar doentes julgados perdidos. Nem todos os casos são beneficiados, mas quasi a metade dos pacientes foram curados, às vezes com uma só operação de dialise em 6 horas. Pode-se, evidentemente repetir a operação até conseguir a desintoxicação e o descanso do órgão renal. Quem poderá avaliar assim de subito a importância e as aplicações multiplas deste método na patologia, si se lembrar Bouchard, segundo o qual, afinal de contas, quasi todas as doenças não passam de uma intoxicação? Quantas

cousas não serão curadas? E os envenenamentos agudos e crônicos?

— Mas o que tem que vêr isto tudo com a parabióse?

A parabióse é a união parcial entre dois organismos. É uma xyfopagia cirúrgica, artificial. Dois irmãos Siameses fabricados pelo experimentador. Nós possuímos uma técnica especial.

Pois bem. Verificou-se que com a parabióse é possível fazer viver um animal sem os dois rins. Verificou-se que há intercâmbio umoraes entre um e outro. Que às vezes um cresce em detrimento do outro; que um remocha à custa do outro. Nós, propuzemos este método para aliviar os rins doentes e pedimos licença à Sociedade de Criminologia e Medicina de S. Paulo, há alguns anos, para julgar si a Lei permitia uma tal intervenção no homem. Com argumentos jurídicos clássicos nos foi negada a permissão de aplicar o que tínhamos constatado nos animais. O prof. A. Donati, o prof. S. Foá, o prof. Houssay, nada objetaram, e, pelo contrario, acolheram a idéia. Por falta de liberdade, perdemos de realizar o que o rim artificial prova com evidência que a nossa orientação estava certa.

A parabióse, isto é, a ligação cirúrgica entre o doente e a pessoa sã, temporaria, realisaria a mesma função que no caso específico realiza o rim mecânico, o qual prova que *MUTATIS MUTANDIS*, o conceito era e é o mesmo. Dificuldade no terreno biológico são sempre aventadas e talvez seja mais simples lidar com um aparelho mecânico do que com dois organismos. Mas será que de todos os órgãos poder-se-á fabricar um *pendant* artificial? Perguntamos nós o que pode fazer um rim artificial não poderia ser feito por um natural, desde que fossem tomadas todas as precauções de rigor na altura dos conhecimentos médicos odiernos.

— Esta história é muito mais longa. Há passagens em Berlim, Bologna, Curitiba, muito significativas mas que, para não aborrecer os leitores, deixamos de referi-las. Para nós não importa que triunfe este ou aquele indivíduo, especialmente quando a gloria lhe beí'e a fronte privilegiada. Não pertencemos a essas vestaes do saber que julgam que o fogo do saber só existe no próprio cubiculo cerebral. O que é importante é que a ciencia progrida para aliviar a dôr do mundo. Qual lei cruel determina que os últimos a chegar na Terra serão os mais beneficiados? Porque, por ex. o Barão do Rio Branco, que morreu de uremia não teve a seu alcance um rim artificial, para aliviar seus sofrimentos ou o caréca de hoje não pode ainda utilizar da fotografia em relevo para colocar na testa pelada um retrato de uma bela cabeleira, artistica e cheia de aparente prestígio juvenil?

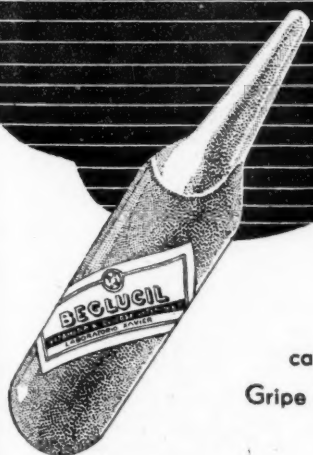
Endereço: Araraquara, São Paulo

# Be-glucil

Vitamina B<sub>1</sub> - Glicose - Vitamina C

Apresenta-se, AGORA, também  
com GLICOSE a 25%.

	DOSES	VITAMINA B <sub>1</sub>	VITAMINA C	GLICOSE	CLORIDATO DE CISTEINA
GLICOSE a 50%	NORMAL 10 CM <sup>3</sup>	0,005	0,05	50 %	0,01
	NORMAL 20 CM <sup>3</sup>	0,010	0,10	50 %	0,02
	FORTE 10 CM <sup>3</sup>	0,0125	0,25	50 %	0,01
	FORTE 20 CM <sup>3</sup>	0,0250	0,50	50 %	0,02
GLICOSE A 25 %	10 CM <sup>3</sup>	0,0125	0,25	25 %	0,01
	20 CM <sup>3</sup>	0,0250	0,50	25 %	0,02



Úlcera gastro-duodenal • Poli-  
nevrites • Dôres anginosas • Pertur-  
bações do metabolismo dos hidratos de  
carbono e das gorduras • Hipovitaminoses •  
Gripe • Pneumonias • Tifo.



## LABORATÓRIO XAVIER

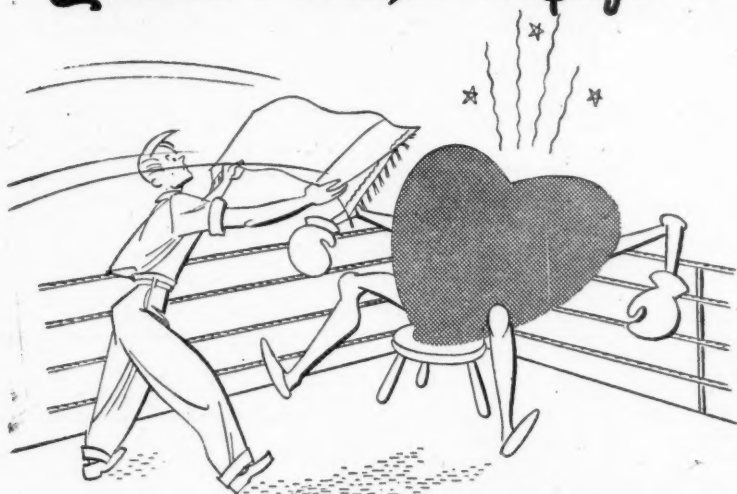
João Gomes Xavier & Cia. Ltda.

São Paulo

Depósitos { Rio de Janeiro  
Porto Alegre  
Belo Horizonte

Representantes  
nos demais Estados

# Quando o coração fraqueja ...



... A TERAPÊUTICA É  
*Digitalina*  
Rhodia

Ao prescrever Digitalina  
 convém especificar sempre  
 a marca "RHODIA"

**VIDROS DE 10 cm<sup>3</sup>**

★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA · CAIXA POSTAL 95-B — SÃO PAULO ★

R. 6-345

PANAM — Casa de Amigos

# PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

### DEPARTAMENTO DE CULTURA GERAL

**Ciclo de palestras** — O Departamento de Cultura Geral da Associação Paulista de Medicina iniciou no dia 21 de outubro um ciclo de palestras assás interessantes, subordinadas ao seguinte tema geral: "Recursos e tendências da terapêutica; perspectivas de seu futuro". Esse amplo campo da medicina foi dividido em 12 capítulos, cada um abrangendo um determinado aspecto do organismo humano e tendo como relator um especialista de renome. Na sessão inaugural, foram ventilados os seguintes assuntos: hereditariedade, infecções, psiquiatria, nutrição, alergia, coração e aparelho digestivo.

O capítulo da hereditariedade teve como relator o prof. André Dreyfus, catedrático de Biologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Inicialmente, assinalou a importância nas doenças hereditárias

do fator ambiente, salientando que não basta herdar o fator responsável pela molestia, mas, em muitos casos, a sua eclosão depende das condições do meio. Assim, por exemplo, no caso de gêmeos com taras psicopáticas, mantidos separados, um deles em condições sociais favoráveis, haverá grande probabilidade da molestia manifestar-se apenas naquele cujo ambiente é desfavorável. Em seguida, o prof. Dreyfus estudou o interessante problema da luta contra os fatores que veiculam as molestias. O método terapêutico ideal seria a destruição do gem malefício. Esse processo foi amplamente usado em certos países, especialmente na Alemanha nazista, onde se fez a esterilização de milhares de indivíduos. Porém, a Genética moderna demonstra que esse processo não tem absolutamente bases científicas, pois a esterilização é fei-



## Laboratório de HORMOTHERAPIA

**Alché**

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

### HORMÂNDRICO

Soro Hormônico Masculino  
ativado com extratos de testículos

### HORMOGINO

Soro Hormônico Feminino  
ativado com extratos de ovário

Estimulante do sistema nervoso, intensificam a evolução geral do organismo, regulam o equilíbrio bio-químico, fortalecem o espírito, corrigem as insuficiências genitais. São indicados nas moléstias da nutrição, especialmente dos adolescentes, na senilidade precoce, impotência, nas perturbações do aparelho genital.

Doses: Uma emola diariamente (intramuscular)

ta, é obvio, nos individuos doentes, porém, existem milhares de pessoas que são "doentes potenciais"; não apresentam a molestia, porém, carregam nas suas celulas germinativas o gem correspondente. Esses portadores não podem ser esterilizados, pois nada os diferencia dos individuos normais. Um exemplo frisante é dado pelo albinismo. Segundo pesquisas realizadas na Inglaterra, para cada 5 exibidores existem 1.400 portadores de albinismo. Uma prova concreta de que a esterilização não resolve o assunto é dado por uma molestia mental chamada idiotia amaurotica. Um individuo com essa doença além de apresentar sintomas neuro-psiquiátricos, é estéril, e, no entretanto a idiotia amaurotica até hoje não desapareceu da face da terra.

As pesquisas da genética humana orientam-se principalmente no sentido de não somente descobrir métodos que permitam identificar esses doentes potenciais, mas também no de estabelecer "mapas minuciosos da disposição dos gens nos cromosomas humanos (a exemplo do que já se fez com o milho e com a *drosophila*), podendo-se, assim, avaliar com precisão as alterações funcionais e anatomicas.

Em seguida, o prof. João Alves Meira, da Faculdade de Higiene da Universidade de São Paulo, ventillou o problema das infecções, salientando particularmente o papel dos antibióticos (penicilina e estreptomicina) e dos agentes quimioterápicos (sulfas, promin etc.). No que se refere às infecções pelo vírus, mostrou que, dado o fato desses agentes patogêneos atuarem diretamente dentro das células, a sua terapêutica tem encontrado serios obstáculos. As pesquisas modernas, porém, procuram isolar substâncias que possam agir intracelularmente, sem lesar as funções vitais.

O problema da psiquiatria foi relatado pelo dr. Durval Marcondes que, dada a amplitude do tema, assinalou de maneira especial o tratamento psicoteráico. Inicialmente, analisou duas grandes técnicas de

tratamento: a analítica e a sugestiva. A primeira visa desmascarar por completo o mecanismo íntimo, responsável pela deflagração de uma neurose, ao passo que, na segunda, o medico, pela sua autoridade, como que "abafa" a molestia. Após tratar de outros métodos psicoterápicos (narco-análise, hipno-análise), o conferencista realçou o fato dos doentes poderem ser examinados por diversos especialistas, conforme a molestia, seja ocular, pulmonar etc., porém, jamais podem ser separados em uma parte física e outra mental. Por esse motivo, todos os medicos devem ter um conhecimento mínimo de psicologia, e, certamente, no futuro, a Medicina psico-somática será uma das cadeiras basicas dos cursos medicos, ao lado da anatomia e da fisiologia.

O quarto conferencista da noite foi o dr. Alberto Carvalho, assistente da Faculdade de Medicina, que em seu nome e no do prof. Franklin de Moura Campos, catedrático de Fisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, estudou o problema da nutrição. De inicio assinalou a importancia de um exame minucioso da alimentação previa dos doentes, no sentido de se identificarem carencias vitamínicas ou proteicas que ainda não se tenham manifestado clinicamente. Essas deficiências nutritivas pré-clínicas só podem ser analisadas através de um cuidadoso inquerito alimentar. Um fato interessante relatado pelo conferencista foi o referente aos mínimos vitamínicos: esses valores estão bem determinados para a maioria das vitaminas, variando de acordo com o sexo e a idade, e no sexo feminino, nos periodos de gravidez e lactação. Porém, um fato de grande importancia é de que esses mínimos dependem muitas vezes da proporção de proteínas, gorduras e hidratos de carbono da dieta, conforme experiencias realizadas com animais de laboratorio. Além disso o clinico deve ter presente que as carencias no homem são em geral multiplas,



## *Um Novo Rumo em Sulfamidoterapia*

PARTES IGUAIS DE SULFA-

TIAZOL + DIAZINA + MERAZINA

# TRILAMID

Um princípio novo foi recentemente introduzido por LEHR (1, 2, 3, 4) : o da SULFACOMBINAÇÃO. U'ma mistura de sulfanilamidas heterocíclicas pode ser dissolvida em água (ou em urina), sem que uma sulfa exerça qualquer influência sobre a solubilidade das demais. Daí decorre uma consequência prática importante, o perigo mínimo de precipitação intrarrenal das sulfas, ocorrência não rara com os preparados sulfamídicos usuais. Além disso, a mistura TDM, ora lançada pelo Laboratório Torres sob o nome de TRILAMID permite atingir as concentrações sanguíneas mais elevadas, que denotam uma absorção mais rápida das sulfas que entram em sua composição (5). A incidência de reações alérgicas é também muito mais rara após o uso das sulfas combinadas (3).

### TRILAMID

Comprimidos de 0,50 g contendo 0,18 g de sulfatiazol, 0,18 g de sulfadiazina e 0,14 g de sulfamerazina. Tubo com 20 comprimidos.  
Embalagens hospitalares : 100-250 comprimidos.

### **BIBLIOGRAFIA :**

- (1) LEHR, D. (1945) Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. **58**: 1,11
- (2) LEHR, D. (1946) J. Urol. **55**:548
- (3) LEHR, D., SLOBODY, L. & Greenberg, W. (1946) J. Pediatrics, **29**, 275
- (4) LEHR, D. (1947) Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., **64**, 393
- (5) FRISK et al., (1947) Brit. Med. Journ. **1**, 7

**LABORATÓRIO TORRES S. A.**

RUA S. JOAQUIM, 216 — CAIXA POSTAL, 1773

SÃO PAULO

sendo relativamente raros os quadros de beriberi avitaminose B1), escorbuto (avitaminose C) etc., não devendo consequentemente, o tratamento ser feito com esta ou aquela vitamina e sim com rações completas. Muitas vezes a alimentação é satisfatória, porém, pode sobrevir uma carencia, seja devido a alterações na função gastro-intestinal (certas diarreias, por exemplo, podem levar a uma carencia vitamínica, devido a absorção deficiente), seja a um maior desgaste, como acontece no transcurso de certas infecções, ou também a uma eliminação excessiva de componentes fundamentais. Finalizando acentuou a importância de dar-se sempre rações completas, mormente em relação a proteínas, sais minerais e vitaminas. O valor calórico, garantido por gorduras e hidratos de carbono, deve ser bem avaliado, evitando-se que o organismo gaste para fins energeticos alimentos proteicos que são necessários á reparação dos tecidos.

O relator do tema "alergia" foi o dr. Ernesto Mendes. Inicialmente referiu-se ao mecanismo de formação dessas reações alérgicas, salientando especialmente o papel da constituição organica. Este fator é ainda muito pouco conhecido, porém, inumeros pesquisadores dedicam-se ao seu estudo, e a solução do problema da alergia depende diretamente do resultado desses trabalhos. As análises estatísticas mostraram que quando os dois progenitores são alérgicos, dois terços dos descendentes também o são, e quando apenas um dos pais é alérgico, somente um terço da descendencia é acometida pelo mal. Os métodos atuais de tratamento dizem respeito ou á alimentação do alergeno, isto é, da substancia desencadeadora do choque (polen, pelos, poeira etc.) ou a uma ação no mecanismo fisico-patológico do processo (Resumidamente o mecanismo é o seguinte: o alergeno excita a formação no organismo de substancias especiais, denominadas anti-corpos; a reação entre essas duas substancias produz uma ter-

ceira, denominada substancia histaminóide, que irá agir, conforme a constituição do individuo, sobre a pele, sobre os brônquios, sobre os vasos etc.). Um tratamento muito em uso atualmente é o que consiste no combate á formação de substancias histaminóides, evitando-se destarte a eclosão dos sintomas. Essa terapêutica, porém, é apenas sintomática, não exercendo nenhuma ação curativa.

O problema das molestias cardiacas teve como relator o prof. Jairo Ramos, catedrático da Escola Paulista de Medicina, e livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. A cardiologia tem atualmente três grandes problemas terapeuticos a resolver, ou seja, o tratamento da doença reumática cardiaca (em S. Paulo um quinto das doenças do coração tem origem reumática), da sífilis cardio-vascular (uma vez instalado o dano leutico na aorta e no coração o tratamento especifico é geralmente muito pouco eficiente) e da doença cardíaca hipertensiva (problemas dos mais serios, com grande repercussão social). E' verdade, porém, que nos ultimos anos foram feitos grandes progressos. Assim, por exemplo, graças á estreptomycina e á penicilina, a endocardite bacteriana deixou de ser molestia grave, não tendo mais o carater de incurabilidade que aterrorizava, até há bem pouco tempo, o paciente e sua familia. Mas os maiores progressos na terapêutica das molestias do coração foram feitos graças á cirurgia. Operações de grande envergadura, como o "descascamento" do coração na pericardite constritiva adesiva, a ligadura do canal arterial, são feitas com a maxima segurança e os resultados obtidos são dignos de nota e extremamente promissores.

O ultimo relatório dessa reunião do Departamento de Cultura Geral da Associação Paulista de Medicina foi apresentado pelo dr. José Fernandes Pontes, livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, que discorreu

sobre o capítulo do aparelho digestivo. Os distúrbios funcionais (reações alérgicas, desvios alimentares, perturbações resultantes da aquilia gástrica, distúrbios de origem psicológica), anatomicos (infecções, cancer, ulcerações, litíase) e da flora intestinal foram objeto de comentários do conferencista. As mudanças da flora intestinal, um dos capítulos mais recentes e importantes da gastro-enterologia, foram estudados de maneira particular,

especialmente as alterações que levam a uma alcalinização do meio intestinal (acompanhadas de prisão de ventre etc.) e as diametralmente opostas (com diarreias, labilidade psíquica etc.). As fobias alimentares, as alterações do sistema nervoso relacionadas com as gastro-enteropatias, os regimes alimentares e varios outros itens de interesse clínico foram objeto de interessantes considerações do relator.

## Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 25 DE NOVEMBRO DE 1947.

Presidente: Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno

**Clínica Mayo** — Dr. Jayme Rodrigues — Iniciou o orador fazendo uma descrição da organização geral e dos edifícios, onde estão localizados os vários serviços. Dixon, Gray e Claggett foram os cirurgiões que mais o impressionaram. Tecnicamente, os anglosaxões não mostram superioridade aos latinos, mas têm uma organização superior, que permite um funcionamento exemplar, dentro de horários sempre observados. As treze horas, faz-se a exibição das peças retiradas nas operações da manhã, com discussões. À noite uma vez por semana, há reunião conjunta para conferencias, apresentação de casos e discussões. A exibição de films sobre técnicas é favorecida à vontade dos estagiários. Em seguida à narcose é a raque continua a anestesia hoje mais usual; a venosa só para anestésias de curta duração, na dose máxima de 1 gr/2. Só se operam 12% dos casos de úlcera duodenal, os demais casos seguindo orientação dos clínicos. No fechamento do duodeno, usam o esmagador de Claggett, que favorece a técnica. A vagotomia está sendo abandonada. A gastrectomia total é feita por via

abdominal, com sutura esofago-jejunal a pontos separados. Usam-se a Penicilina e o sulfatiazol na cavidade. A drenagem é quasi que obrigatória. Na cirurgia vesicular, si ha sangramento do leito hepático, faz-se um tamponamento com fragmentos do músculo grande reto do abdome. Na cirurgia intestinal, dão sulfasuxidina nos cinco dias que antecedem a operação e prosseguem com a medicação por 12 dias, usando a estreptomycina quando sobrem febre. O dr. Moacyr Boscardim discutiu questões de cirurgia torácica e o dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se às embolias posoperatórias. O dr. João Manuel Rossj discorreu sobre o tratamento clínico da úlcera gastroduodenal, salientando o valor da laranja para prevenir as hemorragias.

**Úlcera em grampo do duodeno** — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. apresentou a peça de uma gastroduodenectomia realizada em que havia uma úlcera em grampo iniciando-se na face anterior e terminando na face posterior do bulbo duodenal.

**PHILERGON - Fortifica de fato**

## SESSÃO DE 9 DE DEZEMBRO DE 1947

Presidente: Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno

**Novos horizontes no tratamento**

**do cancer** — Dr. G. B. Colpi — O orador historiou os meios de que usou para chegar a ter conhecimentos de um tratamento empirico que fôra usado por uma sua doente, com bons resultados: o uso de uma pomada de sulfato de cobre num braço e de uma pomada de sulfato de zinco no outro braço. Estudando a ação desse método de tratamento, verificou que se processava a formação de corrente elétrica muito fraca e a suficiente para produzir certos efeitos sobre o organismo, como uma sensação de bem estar. Verificou que no tecido canceroso não se evidenciava corrente elétrica, mesmo com aparelhos sensíveis. Em Napolis, fizeram-se experiências sobre a carga elétrica dos tecidos, verificando-se que no cancer há uma inversão da polaridade, não encontrando o tecido ncoplásico uma resistência elétrica à sua expansão. Várias hipóteses foram formuladas para explicar a ação da corrente elétrica. O orador provoca-o, colocando uma pequena placa de cobre no outro braço, profundamente, por meio de pequena incisão. A colchicina, por suas propriedades mitosolíticas, devia curar o cancer, mas na prática não dá resultados, por não atingir o tecido blastomatoso. Com o uso da corrente elétrica, os medicamentos anticancerígenos dão resultados mais apreciáveis e isso talvez porque a corrente reintegra o tecido afetado no equilíbrio orgânico. A monocitose é índice de que o organismo está reagindo bem contra o cancer e já se propoz provocar a monocitose com fins terapêuticos, mesmo em pessoas sãs que darão sangue para o doente. Tem colhido benefícios com o uso das placas de zinco e cobre, associado à cirurgia e aos outros medicamentos. E, assim, muita vez se consegue prolongar a vida dos pobres cancerosos. O dr. Galdino Nunes

46)

Vieira pediu esclarecimentos sobre a técnica e o dr. G. B. Colpi informou que retira as placas no fim de dois meses, recolocando-as quinze dias mais tarde, pois, pode haver polarização ou acomodação do organismo, que prejudicariam o efeito desejado. O dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno aventou a hipótese de que não é o fato de organismo se habituar, depois de dois meses, à corrente elétrica formada entre as duas placas metálicas que anula o benefício da mesma corrente depois do citado prazo. O que sucede é que a referida corrente elétrica desaparece depois de dois meses devido à oxidação das placas metálicas.

Assim, é de opinião que as placas metálicas podem ser substituídas imediatamente, por duas placas novas, no final dos dois meses da aplicação anterior, sem se esperar, portanto, os 15 dias referidos.

O dr. Colpi confirmou que as placas metálicas, retiradas no final dos dois meses, se acham oxidadas. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à existência normal de correntes elétricas no organismo e o dr. Colpi pensa ser uma questão de intensidade, pois a corrente mais forte não produz resultado. O dr. Moacyr Boscardim referiu-se ao cancer do pulmão.

**Tratamento do cancer pelo soro de cavalo** — Dr. Galdino Nunes

Vieira — O. A. apresentou em seu nome e no do dr. Felipe Aché, uma nota prévia sobre o tratamento do cancer com doses altas de soro normal de cavalo — 30 cc por dia e transfusões de sangue. Num caso de cancer gástrico, inoperavel, depois de laparotomia exploradora, usou o tratamento e verificou que dias depois, a imagem radiológica tinha se reduzido de 50%; oito meses depois teve notícia de que o doente passava bem. Num caso de sarcoma, o sintoma dor diminuiu consideravelmente e a evolução para a caquexia foi retardada.

Para a HIPERTENSÃO ARTERIAL:

# PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmódico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm<sup>3</sup>.



## NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm<sup>3</sup>.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm<sup>3</sup>.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

---

Laboratório TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Olímpia, 104 — São Paulo

## Colegio Brasileiro de Cirurgões

SESSAO DE 21 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Sebastião Hermeto Junior

**Protesto** — Após a leitura da ata da sessão anterior, o dr. Hermeto Junior refere ao plenário o officio enviado pelo Capitulo ao "editorial board" do J. A. M. A., revidando o injurioso editorial contra os médicos e a medicina brasileira. Este officio será transcrito em ata.

**Novos sócios** — Passou-se, após, à cerimonia do compromisso dos seguintes membros estaduais: Profesores Celestino Bourroul, José Bonifacio Medina e Moacir E. Alvaro; drs. Zepherino Alves do Amaral, Cyro Barros Rezende, João de Oliveira Mattos, Arthur Wolff Netto e José Gallucci. O Mestre do Capitulo dirigiu uma saudação aos citados membros do Colégio.

**Síndrome de Parkinson** — Prof. Carlos Gama — Passou-se, logo, à ordem do dia, com o trabalho do professor Antonio Carlos Gama Rodrigues: "A tratotomia piramidal no tratamento do sindromo de Parkinson". Este estudo, expressando

a apreciavel experiência clinica do A, foi seguido de apresentação de doentes. A técnica utilizada pelo A. foi magnificamente ilustrada. Uma precisa e rigorosa apreciação critica dos resultados foi feita.

**Neurofibroma gigante do tibial posterior** — Dr. Sebastião Hermeto Jr. — O Mestre do Capitulo passa, após, a presidencia da sessão ao prof. Celestino Bourroul, e toma a palavra para apresentar o seu trabalho: "Neuro-fibroma gigante do nervo tibial posterior". O dr. Hermeto Junior desenvolve a apreciavel contribuição do Departamento de Anatomia Patológica da nossa Faculdade, sobre o assunto dos tumores dos nervos periféricos e reunida na tese de docencia de Edgard Maffei (1940). Apresenta uma documentação iconografica de seu caso, de certa raridade, de uma apreciavel neuro-fibroma atingindo o nervo tibial posterior. Os resultados operatórios immediato e remoto foram excelentes.

## Outras sociedades

**Centro de Estudos Franco da Rocha**, sessão de 13 de novembro de 1947, ordem do dia: Perturbações circulatórias de natureza orgânica — Dr. Valter Edgar Maffei.

Sessão de 18 de novembro de 1947, ordem do dia: Arterioesclerose do Sistema Nervoso — Dr. Valter Edgard Maffei.

Sessão de 20 de novembro de 1947, ordem do dia: Consequências da arterioesclerose do sistema nervoso — Valter Edgard Maffei.

Sessão de 25 de novembro de 1947, ordem do dia: Perturbações

Circulatórias — amolecimentos — Dr. Valter Edgard Maffei.

**Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose**, sessão de 22 de novembro de 1947, ordem do dia: Ação do Dispensário em São José dos Campos — Dr. A. C. Morais Passos; Tuberculose e herança — Dr. João Batista de Souza Soares; Pneumotorax sob o ponto de vista profilático — Dr. Rui Doria.

**Colégio Brasileiro de Cirurgões**, sessão de 1 de novembro de 1947, ordem do dia: A tratotomia do fei-



xe piramidal no tratamento do síndrome de Parkinson. — Dr. Prof. Antonio Carlos Gama Rodrigues; Contribuição para o diagnóstico radiológico diferencial das afecções funcionais e orgânicas do cardíaco — Dr. José Maria Cabelo Campos; Neurofibroma gigante do nervo tibial posterior — Dr. Sebastião Hermeto Junior.

**Hospital de Juqueri**, sessão de 8 de novembro, ordem do dia: Paralisia geral. Distúrbios tróficos; Meningite pneumocócica, em paralisia geral; Paludismo; Meningite purulenta.

Sessão de 22 de novembro de 1947, ordem do dia: Tuberculose da pleura. Epilepsia Paralisia geral. Aortite reumática — Drs. Otávio Barros Sales, Elio Montenegro Costa, Izaias Melsohn e Ciriaco Amaral Filho.

**Instituto Biológico**, sessão de 14 de novembro de 1947, ordem do dia: Os radioisótopos na biologia e na medicina — Prof. Carlos Foá; A origem dos elementos químicos — Prof. G. Wattagin.

Sessão de 28 de novembro de 1947, ordem do dia: O homem fóssil e a genética — Prof. A. Dreyfus; Organização do amparo à pesquisa científica — Dr. José Reis.

**Sociedade de Estudos Médicos**, sessão de 7 de novembro de 1937, ordem do dia: Afecções cirúrgicas da mão — Dr. Rui Santos.

Sessão de 21 de novembro de 1947, ordem do dia: Esplenectomia na Schistosomose mansoni — Dr. Luis Oriente.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 28 de novembro de 1947, ordem do dia: Projecção de um film sobre

método biológico moderno para determinação da gravidez — Prof. Bruno Valentin; Pré-câncer da vulva — Dr. Domingos Delascio; Câncer da vulva — Dr. W. de Souza Rudge.

**Sociedade de Medicina Social e do Trabalho**, sessão de 13 de novembro, ordem do dia: Produção do leite — Drs. Sibelis Alves Neto e Paiva Ramos; Beneficiamento e Transporte do leite — F. Amaral Rogick; Fiscalização — Nicolino Morena; Legislação — Pompeu do Amaral.

**Sociedade dos Médicos do I. A. P. C.**, sessão de 13 de novembro de 1947, ordem do dia: A concepção dinâmica da personalidade na moderna medicina — Dr. Darci Mendonça Uchôa.

**Sociedade Paulista de História da Medicina**, sessão de 25 de novembro de 1947, ordem do dia: Conferência sobre "História do Aparelho Gessado" — Prof. Bruno Valentin; O papiro cirúrgico de Edwin Smith e Imhotep — Prof. Sebastião Hermeto Junior; "Guilherme Bastos Milward" — Um humanista professor da Faculdade de Medicina de São Paulo.

**Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo**, sessão de 14 de novembro de 1947, ordem do dia: Observações sobre algumas lesões elementares da conjuntiva tarsal — Prof. A. Bussaca; Estria vitrea livre na câmara anterior — Dr. B. Paula Santos.

**Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul**, sessão de 17 de novembro de 1947, ordem do dia: Moléstia de Lobstei (Osteopatia). — Prof. Bruno Valentin; Novo estado de gravidez precoce com "Xenopus", Laevis e Taudin — Films.

**GLUFITOL - COLAGOGO E COLERÉTICO**  
1 COLHER EM JEJUM

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

## Professor Benedito Montenegro

**Homenagem** — Amigos, colegas, assistentes e colaboradores do Professor Benedito Montenegro, aproveitando o ensejo do seu regresso da viagem feita ao México, Estados Unidos da América do Norte, Inglaterra e França, onde recebeu além de outras honrarias, o título de Membro Honorário do Colégio Americano de Cirurgiões, resolveram prestar-lhe uma homenagem, não só pelo brilho da sua atuação no estrangeiro, mas também pela admiração e respeito que lhe tributam, devido à sua obra grandiosa e magnífica empreendida na cirurgia, no ensino, na direção da Faculdade de Medicina e da Universidade de S. Paulo.

Foi-lhe, assim, oferecido um banquete no Automóvel Club, no dia 23 de Outubro. Em nome dos ofertantes falou o prof. Alípio Correia Neto, que proferiu o seguinte discurso:

“Snr. Professor Dr. Benedito Montenegro.

Travei conhecimento com o meu prezado mestre nos longínquos idos de 1919, em ocasião semelhante a esta; voltava ele também de uma viagem ao estrangeiro, e, moço ainda, vinha já se demarcando, nos meios sociais, a afirmação de sua personalidade; foi ali, na velha escolinha da rua Brigadeiro Tobias, no anfiteatro de Anatomia, modesto e chão, mas onde reluzia a figura impressionante do homem de ciência e de caráter que foi Alfonso Bovero; voltando de cumprir seu custoso dever, reassumia a sua cátedra, depois, de longa ausência, afastado da Pátria, como integrante da missão médica brasileira, que foi enviada à França, na ocasião da 1.ª grande guerra.

Desde então venho acompanhando, ora mais de perto, ora um pouco de longe, a atividade do prof. Benedito Montenegro; não tão de perto que possa o meu julgamento ser ofuscado pelo brilho da sua

atuação, pela envolvente simpatia que emana de sua pessoa, pela amizade e admiração que aprendi a tributar-lhe sem restrição, nem decepções; também não tão afastado que eu perdesse, nos meandros da sua atividade multiforme, a linha exata da sua construtiva e fecunda atuação profissional, social e política. Guardei sempre aquela distância do objetivo, que Chesterton aconselha, para apreender na visão de conjunto e no exame dos pormenores o aspecto empolgante do panorama e a realidade humana das cousas.

Assim é que procurarei mostrar, nos perpassar dessas considerações, a visão herculeia de um batalhador da batalha ininterrupta de uma vida que se escoa com magestade e soberberia.

## OS RIOS E OS HOMENS

Parece-me exata a expressão — a vida escoa-se; escoa-se como os rios, no ministério da criação, na natureza maravilhosa. Sempre, os rios ligaram-se aos destinos da humanidade, tomando-lhe as emoções e acompanhando-a nos seus romances, nos seus dramas e nas suas glórias; confundem-se não raro com as tradições dos povos e com eles se identificam através da história. Há os rios simples que nascem na encosta próxima e morrem no mar tranquilo, decorrendo modestos e desconhecidos, ignorados e felizes; há os que correm longas distâncias, encoleram-se em lutas contra os acidentes, espadando as suas águas em atritos com óbices dos seus caminhos, e descançam, depois, nas planícies infundáveis, tranquilas e murmurantes; há os que trazem na profundidade de suas águas o mistério amazônico na mansidão da terra primitiva e morna; há os sagrados, quasi divinos, onde os povos se purificam das suas culpas, como os que banham o místico e longínquo Indostão; há

# **ELECTRARGOL**

PRATA COLOIDAL ELETRICA ISOTANICA ESTABILIZADA

**ANTI-INFECCIOSO GERAL E LOCAL**

de

**Ação leucocitogenea e fagocitaria comprovada**

Empolas de 5 cc. - Caixas de 3, 6 e 50 emp.

Empolas conta-gotas de 25 cc.

para instilações nazo-oculares.

**Laboratorios GLIN — Comar & Cie. — Paris**

---

## **POMADA DE INSULINA BYLA**

*Agente de cicatrização local*

BISNAGAS DE 12 GRS. CONTENDO 60 U. I.

**Úlceras varicosas - Chagas atônicas - Antrazes**

**Etablissements BYLA - Paris**

---

*Produtos Fabricados pelos*

**LABORATORIOS GALLIA, LTDA.**

RUA DR. SÁ FREIRE, 217 — RIO DE JANEIRO

**Agentes e distribuidores: F. PIERRE & CIA. LTDA.**

**RIO DE JANEIRO**

C. POSTAL, 489

**SÃO PAULO**

TEL. 6-5111

os que guardam tão íntima ligação com as civilizações que jamais a sua idéia se afasta da própria história da humanidade, como o divino Nilo. Todos eles, alegres e cantantes, misteriosos e sombrios, bravios e encachoeirados, todos eles marcam um leito no qual defluem, correm, esgotam-se para terminar no objetivo comum do mar imenso e acolhedor. As águas dos rios, nesse caminhar contínuo, vão prodigalizando benefícios e criando a vida dentro e fora do seu leito; fertilizam a terra, movem as máquinas, transportam os homens e os seus produtos, extinguem a sede do transeunte, presenteiam a terra de favores e de harmonia.

Desta forma pode ocorrer a vida dos homens, prodigalizando dádivas aos seus semelhantes, dentro da rota da sua profissão, ou transbordando em benefícios e boas ações, criando e semeando, instigando e encorajando os seus semelhantes. Não raro encontra obstáculos, e luta; também a alma povoava-se de emoções, de mistérios, de tristeza e de glórias; quando tudo isso vence, pode voltar triunfante ao seio tranqüilo da eternidade; como os rios ao seio do oceano imenso.

Sr. Prof. Benedito Montenegro:

A vossa vida tem sido a de um lutador transbordando frequentemente do sulco comum da atividade profissional quotidiana para as preocupações colaterais, como exige a qualidade de cidadão prestante que vindes sendo.

#### ATIVIDADE PROFISSIONAL E CIENTÍFICA

No leito comum que lhe reservou na sua trajetória social como médico, vamos encontrar os benefícios dimanados do vosso exemplo de trabalho, de perseverança e de amor ao estudo.

Professor de medicina entrasteis para a Escola nascente e robustecesteis o seu cerne ensinando Anatomia, Técnica Operatória e por fim Clínica cirúrgica, com igual descortino e exatidão; percorrendo uma longa estrada de labuta e can-

ceiras até conseguirdes com vosso esforço pessoal, harmonizando-se na ação comum com trabalhadores incansáveis, a construir este monumento que honra a ciência nacional, que é a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Como cirurgião exercestes a profissão dentro do mais elevado padrão de técnica e eficiência; prodigalizando a mancha os benefícios resultantes da atuação de uma arte quase divina, à sombra de rigorosos princípios científicos, ajudado pela consciência do dever e o respeito profundo à vida do homem submetido aos vossos cuidados.

Precisa o cirurgião de nervos controlados e fina sensibilidade, para não sobrepor os arroubos da audácia, às possibilidades da técnica. Si de um lado os desejos da glória incitam a aventuras capazes de levar, no terreno da incerteza, a colher louros; podemos resvalar para o terreno nefasto do insucesso, do irremediável. Os primores da perícia não devem jamais ser a iniciativa da aventura operatória. A precisão na execução do ato cirúrgico é o único e legítimo incentivo que deve animar a alma do cirurgião quando detem em suas mãos a vida do cliente. Tais os ensinamentos que vêm do vosso exemplo, do vosso magistério.

#### O CHEFE DE ESCOLA

Dentro desta ordem de julgamento nós outros, apreciadores da vossa carreira, o consideramos chefe de escola. Escola de princípios técnicos, científicos e morais. A escola é um esforço conjunto de vários elementos trabalhando num mesmo assunto, orientados e coordenados de modo que se crie a convicção e se elabore mentalidade capaz de constituir um corpo de doutrina. Muito se abusa desta expressão, dando-se o nome de escola a uma função pura de cátedra, no ensino, frequentemente de repetição daquilo que os tratados já esclareceram. Assim não está caracterizado a verdadeira escola científica; poder-se-ia dizer de en-

sino regular e didaticamente orientado. A escola tem uma função creadora, si não de originalidade, pelo menos de convicções. Os membros da organização que mereça o nome de escola terão de contribuir com sua parcela de atividades, de pensamento, de opinião própria adquirida no trato do assunto e na meditação; todos esses fatores tem de ser orientados num sentido ideal e superior da pesquisa da verdade e do bem, pairando acima de interesses immediatistas ou proveitos inconfessáveis, tanto no terreno moral dos honorários, como no dos proveitos materiais auferidos da propaganda. A escola nasce espontaneamente do labutar quotidiano, honesto e elevado, não se cria previamente, nem se decreta por iniciativa.

Nós o reconhecemos como chefe de uma escola de cirurgia, que reuniu um punhado de prosélitos, tanto no regime de ensino da Faculdade como na sua atividade da clinica particular, creando a orientação baseada cientificamente no tratamento dos doentes. Ela tem fructificado nesta capital e no País, já repercutiu no estrangeiro onde o nosso nome é justamente acatado e honrado, refletindo tal conceito agradavelmente sobre nossa terra e nossa gente. Não preciso lembrar aqui as obras magnificas desta escola que encarnais a direção, não necessito dizer que ela implantou na nossa terra a exata orientação do tratamento das afecções gástricas, e muito mais; porquê que em todo o Brasil sois conhecido, acatado e admirado. Gostaria de ressaltar, no entanto, que este é um trabalho imoreduro que continuará através dos anos porque desteis à vossa Escola a alma da ciência, da dignidade e do dever que jamais perecem; si amanhã o cetro da sua direção resvalar de vossas mãos, será ele empunhado pela mão forte de qualquer de seus discipulos, e a obra continuará. E não continuará só como uma homenagem ao seu fundador, só como um monumento em honra do cidadão prestante, só co-

mo uma apoteose do povo reconhecido; continuará viva e palpitante marchando para frente e para o alto, alargando as suas conquistas e enchendo o erário patrimonial da Nação de mais glórias científicas e maior cabedal moral.

Escolas, como esta, fundada no amor à ciência e no dever jamais perecerão. E' como os rios cujas águas se perdem no delta magestoso, mas se renovam sempre a fertilização dos campos e recebem sempre as benções divinas.

### O CIDADÃO E O POLITICO

Não só no campo profissional vossa figura agigantou-se. O cidadão comum, obediente às leis, temeroso a Deus e idealista tem se manifestado nos dias criticos da vida nacional. Já nos referimos a vossa atuação na Grande Guerra no I, em 1918, quando deixasteis o lar cheio de emoção, e partistes, através de perigos e de vicissitudes, para integrar a missão médica que foi prestar à velha França, à latimidade e a democracia o serviço que, então, o Brasil lhe poderia prestar, dentro das suas possibilidades.

Novamente o clarim da Democracia, da dignidade nacional, e do respeito humano vibrou nos céus de S. Paulo, conclamando os paulistas a prestarem um grande serviço à Nação, foi na epopéia dramática de 32. Antes da conclamação repetir-se, estaveis vós no vosso setor a obedecer o chamado da Pátria.

Quando depois, os fatos nos foram adversos no campo das armas, e o Estado de S. Paulo de novo voltou à luta no terreno politico, com o mesmo penache e a coragem inquebrantável de velho bandeirante, arregimentando no Partido Constitucionalista as suas forças morais, fosteis chefiar a Federação dos Voluntários e vossa personalidade marcante e forte foi arrebatada nos voluteios da politica. Ai mantivestes os mesmos principios morais de idealismo e honestidade que haveis empregado na Escola Médica que dirigis.

Superada a situação política e social pela reimplantação do regime democrático, era certo que não vos atrairia mais a atividade nesse setor. Homem de luta e de princípios, não vos podíeis esterilizar, quando o ideal fora cominado. Não vos batieis por pessoas mas por instituições e princípios. A medicina, a cirurgia é a vossa paixão, ao seio dela voltastes com todo o carinho de vosso coração.

A política naquelas circunstâncias, estou certo, não poderia prender-vos. O motivo pelo qual ela vos arrebatou desaparecera e o partido que conquistou a vossa disputada preferência, não desfraldava a bandeira de uma reivindicação de projeção histórica através da luta social; era mais que justificada, a guerra para restabelecer o respeito humano conspurcado nos deformadores da revolução de 30; era o grito de revolta desta terra de São Paulo espesinhada pela cavalgata vitoriosa que desviou-se do intuito inicial e começava a menosprezar a terra de Piratininga, esquecidos eles das lutas na Colônia, do Império e na República que S. Paulo empreendeu, com fé e lealdade, no sentido do engrandecimento nacional. Vencido este objetivo, desdobrava-se a frente da tropa de assalto que conquistara a trincheira da ditadura, o vale pacífico da atividade política quotidiano. Esvaziado desse incentivo o programa partidário não oferecia mais lutas ingêntes. E vós, como a personalidade de Herculano, volteis ao tranquilo e proficiente laborar da cátedra e da Clínica. Ainda uma vez penso estar certo em afirmar que, si houvesse entrado na estrutura programática do Partido os dados fundamentais da luta social, teríamos encontrado a argamassa capaz de vos vincular à vida política em definitivo. Diriam muitos dos que me ouvem, que isto infelizmente seria uma verdade; infelizmente porque a Faculdade poderia perder um ótimo professor e o doente um grande cirurgião. Infelizmente, afirmamos nós, não conseguiu a política prendê-lo; por-

que si trouxesseis, como o fizestes, para o campo da atuação política, a mesma dose de idealismo, de amor a humanidade e de devotamento, de respeito à verdade e de dedicação ao trabalho, todo o serviço de uma ideologia construtiva, honesta e humana, poderíeis multiplicar por mil os benefícios prestados ao nosso povo sofredor e à nossa terra despovoada e pobre. A administração precisa de caracteres fortes e mentalidade sadia para sair do pantanal em que vive, orientada quasi sempre por interesses pessoais. Ina anarquia que anda por aí, em que os partidos se degladiam dentro do mesmo objetivo, o povo desorientado, se arregimenta em volta de demagogos, de incompetentes e de individualistas, há necessidade de homens honestos e de princípios; mas a honestidade bem orientada, que veja no governo um amparo aos desprotegidos, para, erguendo-os moral e economicamente, elevar também a própria Nação. Infelizmente, portanto, o prof. Benedito Montenegro, afastou-se da política, onde deveria lutar a boa luta, a luta das reivindicações legítimas da população explorada, infeliz, mal alimentada, ignorante e doente. Esta é uma guerra que exige soldados de primeira categoria; infelizmente, o prof. Benedito Montenegro afastou-se do campo raso da luta, porque esta não era a que o empenhara; mas a refrega aí está acesa e empolgante, mais nobre do que a iniciada em 32, mais árdua. Para vencê-la é necessário as figuras legendárias de Herculano, os Enricos modernos devem lançar a sua durindana no coração mesmo do aceso do combate.

#### O ADMINISTRADOR

Não raro no curso desta vida de privilégios morais e físicos vossa atividade se dedicou à administração. Destacam-se a direção da Faculdade de Farmácia e Odontologia e da Faculdade de Medicina e da Universidade. A organização e o método a serviço de



***Úlceras  
gastro-duodenais***



**Produtos ROCHE Químicos e Farmacêuticos S/A.**  
**Rua Evaristo da Veiga, 101 — Rio**

caráter impoluto e com a vista voltada para os ideais de ordem e aperfeiçoamento deixaram nas histórias desses institutos o cunho de vigorosa e construtiva administração.

Senhores, aqui estamos reunidos neste banquete para testemunharmos ao homenageado a nossa admiração, o nosso respeito, a nossa amizade. O pretexto foi a sua última viagem ao estrangeiro onde foi representar o Brasil no Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia, em Londres, ao mesmo tempo que, nos Estados Unidos, recebeu maior honraria do Colégio Americano de Cirurgiões, o título de Socio Honorário. Estas razões são pretextuais, porque, embora dignificantes, estas novas conquistas não constituem o móvel desta resolução, elas somaram-se ao mérito que já expuz nessas largas pinceladas; a chuva não aumenta a grandiosidade do oceano.

A vida é a estrada, diz Afranio Peixoto; à sua beira deixamos as nossas atividades como poeira, a poeira da estrada.

Na vida frutífera e creadora do Dr. Prof. Benedito Montenegro esta poeira é de ouro, apanhando-a a mancheia teremos a jóia do exemplo que servirá à mocidade de incentivo, e a nós de respeito e acatamento."

Eis as palavras com que o prof. Benedito Montenegro recordou o seu preparo para a profissão e agradeceu a merecida homenagem que lhe estavam prestando:

"Meus amigos:

Confesso-vos que hesitei em aceitar esta homenagem, não porque julgue ser imerecida — esse julgamento é da vossa competência — mas, para não roubar-vos o precioso tempo com seus preparativos e realização e não aborrecer-vos com o clássico discurso de agradecimento. Ou talvez por comodidade — meu subconsciente dominando o raciocínio — para

56)

poupar-me este trabalho de fazer um discurso, tarefa para mim das mais ingratas a que ainda não consegui me habituar, apesar dos inúmeros que tenho sido obrigado a fazer no decorrer de minha existência e somente comparável ao dissabor que me ocasiona o despertador quando tilinta pela manhã, convidando-me a deixar o leito.

Manter-me de pé e arengar perante um auditório, especialmente quando ele é seletto como o que aqui se encontra, foi, é e será sempre para mim uma situação extremamente embaraçosa.

Antes de partir para os Estados Unidos, já um grupo de amigos, tramava o que classifico de tração contra mim — um banquete de despedida — espécie de manifestação de alegria por ver-me pelas costas, ao menos durante o tempo que durasse a viagem ou quem sabe, na esperança de uma ausencia definitiva, pois deveria percorrer vários países de avião, inclusive atravessar o Atlantico por três vezes, à noite, afastando assim qualquer possibilidade de salvamento em caso de acidente.

Consegui, com certa dificuldade, esquivar-me do golpe, mas chegado agora dessa viagem, que mercê de Deus correu-me propícia sob todos os seus aspectos não valeiram os meus argumentos de recusa, vencido que fui pela insistência dos meus amigos que se diziam constrangidos ao observarem que meus méritos — pobres méritos! — eram exaltados fóra do ambiente onde exerço minhas atividades e eles aqui nada fariam para, ao menos, reconhecer-los publicamente. O argumento máximo e decisivo foi, porém, a afirmação de que esta seria uma homenagem à cirurgia brasileira.

Vê-se, pois, que não foi para satisfazer uma vaidade pessoal, que consenti em sua realização, mas para corresponder a uma generosidade e dar contas aos que seguem com interesse minha atuação no cenário profissional e universitário, da maneira pela qual

venho me conduzindo no intuito de criar um ambiente propício ao desenvolvimento de uma escola cirúrgica de alto padrão e de levar ao conhecimento dos cirurgiões de outros países os métodos adotados nessa escola, métodos baseados nos mais elevados princípios da ética, no amor ao trabalho e à verdade, na honestidade científica e no máximo respeito pela pessoa e pela vida do paciente.

Não constituirão minhas palavras um discurso acadêmico de agradecimentos pelo gesto amigo dos que se integraram nesta homenagem, mas, uma narrativa simples, reminiscências, sem qualquer outro intuito que não seja a preocupação de relatar fielmente a verdade.

Entram, nessas reminiscências, fatos que só a mim interessam de perto, por isso, sou o primeiro a proclamá-las monótonas e por ventura, mesmo enfadonhas.

Estou certo porém, que os que puderem penetrar a sua filosofia, os que compreenderem o alcance dos justos motivos que determinaram muitas das passagens citadas far-me-ão justiça acreditando que, tenho agido com boa intenção de acertar.

Afinal, poder-se-á, talvez, encontrar alguma coisa de útil e como corolário, algum ensinamento proveitoso.

Digo talvez, porque haverá entre os presentes quem seja de opinião que nossa experiência não aproveita a outrem e que cada qual aprende por experiência e por esforço próprios. Não compartilho desse modo de pensar. Julgo que a experiência e o exemplo dos outros muito podem nos ajudar. O segredo está em saber de quem adotar essa experiência e esse exemplo e, acima de tudo como utilizá-los em benefício próprio.

As impressões mais fortes, as que sóem acompanhar-nos durante toda a vida, são as primeiras que recebemos quando crianças, ao começarmos nossa peregrinação por esse mundo de contrastes onde ao lado de muitos dissabores, encontramos tantas compensações

e tantos motivos de alegria e de prazer.

Por serem nossos pais os primeiros entes com quem entramos em contacto mais íntimo e de quem dependemos diretamente é para eles que volvemos nossa atenção, analisando seus atos, obedecendo-os e amando-os como nossos nunes tutelares.

O livro de suas vidas quando bem vividas será o nosso breviário. E' o meu o da vida de meus pais.

Ambos foram corajosos desbravadores do sertão! Abriram fazenda onde mal havia chegado o homem; trabalharam com energia, essa energia capaz de vencer as mais fortes forças adversas, com honestidade, essa dos tempos passados, infelizmente desaparecida, que fazia do fio de barba o simbolo de um documento sagrado; constituíram numerosa prole — 13 que chegaram a idade adulta e mais 4 que sucumbiram na infância; educaram a todos os que sobreviveram proporcionando-lhes os meios necessários para adquirirem um diploma inclusive no estrangeiro como aconteceu a mim e a outro irmão, embora isto lhes custasse, no momento, grande soma de sacrificios; plantaram e colheram contribuindo para a grandeza da pátria; prosperaram, tornaram-se independentes e legaram aos filhos um nome digno que todos assinam com desassombro e com orgulho.

Esse o primeiro exemplo que eu sempre me esforcei por imitar.

Quem nasceu numa fazenda situada em Jaú e lá viveu até a idade de dez anos, frequentando raramente uma pequena cidade do interior — Bocaina — e nessa idade vem para a Capital e interna-se num Colégio onde encontra-se com colegas de educação e de caráter dos mais variados matizes, entra num mundo novo, inteiramente desconhecido e por isso, longe do aconchego da família, necessita de algum mais experimentado para guiar-lhe os passos.

Na Escola Americana, primeiro, e, em prosseguimento do mesmo

curso, no Mackenzie onde recebi o título de bacharel em ciências e letras, encontrei um homem de coração magnânimo que não me foi só um simples tutor, mas um segundo pai.

O Dr. Horácio Lane, diretor do Colégio, médico diplomado pela Universidade de Pensilvânia, missionário por convicções religiosas e por obrigação, mas educador de crianças por vocação, foi quem incutiu no espírito de meu pai a vantagem e a necessidade de eu seguir para os Estados-Unidos para estudar medicina na Universidade onde ele e um seu filho, o Dr. Job haviam se formado e onde se diplomaria mais tarde seu neto Job Lane Junior, hoje ilustre clínico nesta capital.

Foi o Dr. Horacio Lane quem me orientou no estudo das ciências naturais afirmando ter encontrado em mim pendores especiais para essas ciências e foi ele quem, conjuntamente com seu filho Rufus, diretor da Escola Americana e herdeiro das qualidades paternas, me tutelou no aprendizado da língua inglesa, facilitando minha tarefa ao chegar à grande nação Norte-Americana.

Nunca o meu reconhecimento será demasiado a quem, com visão tão clara deu-me o impulso inicial para a conquista do título que ambicionava.

Era o Dr. Horacio Lane prototipo de homem reto e justo, de caráter inflexível mas de grande coração, cuja vida foi um exemplo que eu me honro em procurar imitar.

Os Estados-Unidos sempre me fascinaram, por isso, seu conhecimento foi para mim não só uma revolução mas motivo de prazer. Tinha desse país idéias imperfeitas adquiridas em descrições escritas e faladas e por fotografias mas nunca me seria possível formar uma margem exata do que era esse colosso, antes de lá chegar e entrar em contacto com todas as suas maravilhas.

Cerca de cinco anos foram suficientes para ambientar-me, para adaptar-me aos usos e costumes do

povo e para conquistar, "honestamente", por pacientes estudos, num curso intensivo de quatro anos um diploma de médico.

Sublinho o honestamente, por motivos que veremos mais adiante.

Na Universidade de Pensilvânia pontificavam, como ainda hoje pontificam e sempre pontificaram grandes mestres da medicina — grandes pelo saber, grandes pelo caráter, grandes pelo coração.

Não há muito, em discurso de transmissão do cargo de Reitor da Universidade de São Paulo, ao Prof. Almeida Prado, apontava eu, nas palavras que seguem, as qualidades que deve possuir o bom professor: "A quem rege uma cátedra com a dignidade que lhe é inerente, exige-se, não só conhecimento exato da matéria lecionada como um comportamento impecável, pois a tribuna está exposta aos ouvidos e aos olhos de professores e alunos que formam o mundo universitário. Por isso, quem a exerce, está, como os governantes, sujeito ao julgamento do público não só no que diz respeito ao preparo científico, como à sua própria pessoa que pode ser arrojada às feras como pasto se não realizar todos os seus atos baseado nos preceitos rígidos do cumprimento do dever.

O professor deve servir a cátedra não só com a sua sabedoria, mas, também, com seu exemplo, porque é com ambos que plasma a consciência da mocidade universitária que frequenta as aulas, ávida de lições de moral e sedenta de saber.

Por esse ambiente passam os futuros profissionais que vão exercer a profissão com ética elevada, com honradez e para alguns até com heroísmo".

Eis o retrato e as qualidades didáticas e profissionais dos mestres que encontrei na Universidade de Pensilvânia.

Não direi que todos obedecessem a esses preceitos; duas ou três exceções com pequenas falhas podiam ser apontadas, mas os que tomei por paradigma e cujas lições

# PENICILINA BRASILEIRA

A INDUSTRIA BRASILEIRA DE PRODUTOS QUIMICOS LTDA. tem o prazer de comunicar às distintas classes Médica, Veterinária, Odontológica e Farmacêutica, bem como aos brasileiros em geral, o começo das atividades de sua fábrica de antibióticos que é a primeira da America Latina, com o lançamento no mercado do produto injetável

## "PENICILINA ISA"

em frascos de 100 e 200 mil Unidades Oxford

Os exames de controle a que foi submetida a "Penicilina Isa" pelo Instituto Oswaldo Cruz (Manguinhos) e Laboratório Central de Saúde Pública (Instituto Adolfo Lutz) revelaram a excelência de sua atividade antibiótica, sua completa esterilidade e ausência de pirogênio e de toxidez, o que vem colocá-la entre as melhores penicilinas do mercado, todas elas estrangeiras.

Congratulamo-nos com os bons brasileiros pelo êxito desta iniciativa, que é o resultado de anos de pesquisas e de trabalhos exaustivos de um grupo de técnicos brasileiros; aliás **neste empreendimento, capital, técnicos, matéria-prima, enfim, tudo é nacional.**

Aproveitamos a oportunidade para tornar pública nossa gratidão pelos auxílios recebidos:

do **Governo do Estado de São Paulo**, através da Secretaria da Educação e Saúde Pública e do Banco do Estado;

do **Governo Federal**, pelo apoio das Classes Armadas, do Ministério do Exterior e da nossa Embaixada em Washington;

do **Governo dos Estados Unidos**, pela valiosa cooperação do "War Production Board", da "Foreign Economic Administration", do "Northern Regional Laboratory" e do "Medical Research Council";

das **Universidades** de Wisconsin e Penn State College, e a inúmeras pessoas que depositaram confiança em nosso empreendimento e muito nos auxiliaram.

Fazemos um apelo a todos os brasileiros para que nos auxiliem a levar avante nosso programa. O Brasil libertar-se-á da dependência estrangeira em uma substância fundamental para a saúde pública.

As vantagens deste auspício o fato são:

a) as **Classes Armadas Brasileiras** ficam tranquilas quanto a seu suprimento em qualquer eventualidade;

b) a **fábrica** pode produzir outros antibióticos, tais como a estreptomomicina e bacitracina;

c) o **Brasil** fará substancial economia de divisas (dolares, etc.) gastas com a importação de penicilina, que nos custa mais de 5 milhões de dolares por ano!

A **PENICILINA "ISA"** já se encontra em todas as drogarias e inúmeras farmácias de todo o Estado.



INDUSTRIA BRASILEIRA DE PRODUTOS  
QUIMICOS LTDA.



Praça Cornelia, 96 - Fones: 5-0918 e 5-0303  
São Paulo — Brasil

procurei sempre aplicar possuíam os requisitos apontados.

Dentro das atividades cirúrgicas, John B. Deaver, James William White e William William Keen são nomes que grangearam fama mundial e ascenderam às mais elevadas posições da profissão pelas excepcionais qualidades de cientistas e de profissionais e pelos seus sublimes dotes de caráter.

Fôra da Universidade, impressionaram-me três cirurgiões com quem tive contacto: os irmãos Mayo, fundadores, com seu pai, também cirurgião, da famosa Clínica Mayo, a maior e mais conhecida clínica cirúrgica privada, de todo o mundo; nomes respeitados por suas valiosas contribuições para o progresso da ciência e arte de curar e pelos inúmeros benefícios prestados à humanidade dentro da sua clínica e na Fundação Mayo, benemérita instituição que simboliza o espírito profundamente humanitário desses dois grandes vultos da medicina; Dr. John B. Murphy ou simplesmente J. B. como era ele conhecido, professor em Chicago, verdadeiro homem de ciência, profissional atilado, experimentador paciente e engenhoso, inventor de um botão retálico para facilitar e garantir as anastomoses intestinais, que esteve muito em moda nos dois primeiros decênios d'êstes século e que muito contribuiu para o progresso da cirurgia intestinal numa época em que ela era temida pelas dificuldades ainda não vencidas e por sua elevada mortalidade operatória.

De origem irlandesa, era o Dr. Murphy, de temperamento vibrátil e violento, especialmente quando se tratava de profligar o comportamento dos colegas que transgrediam as boas normas profissionais.

Não se deve admitir que fosse alvo do ataque injusto e por vezes desleal dos que eram atingidos por suas críticas severas.

Essa atitude desassombrada criou-lhe muitas dificuldades no reconhecimento dos seus méritos pessoais e do valor de seus trabalhos

científicos, por parte de seus colegas de Chicago, num período da vida médica americana em que a prática da dicotomia ou divisão de honorários era exercida mesmo por quem havia atingido posição de destaque na profissão, para nada dizer dos que mantinham agenciadores de doentes nos hotéis, restaurantes e estações de estrada de ferro.

Esse reconhecimento só se manifestou depois de muita luta e depois que seu nome havia sido consagrado nos maiores centros médicos dos Estados-Unidos e da Europa.

Também Murphy, embora não tivesse sido meu mestre na universidade, se bem que dele tivesse ouvido muitas sábias lições quando durante as férias frequentava sua clínica e mais tarde seguido os seus ensinamentos nessa interessante revista de caráter eminentemente prático que reflete o espírito didático de seu creador — a Murphy's Clinics, hoje transformada em Surgical Clinics of North America, depois de ter sido Surgical-Clinics of Chicago, também Murphy exerceu, em meu espírito, decidida influência no delinear a diretriz que tracei para minha vida.

Apenas, no trato com os colegas procurei seguir um caminho diferente: não me ocupar de suas pessoas mas apenas dos seus trabalhos científicos.

O ensino que recebi na Universidade de Pensilvania foi absolutamente regular e dos mais valiosos; forma o substrato de toda minha carreira científica e profissional. Se tivesse que recomendar o curso de medicina, com a experiência que tenho hoje, é para lá que me dirigiria.

No entanto não faltou quem me acusasse de haver comprado meu título!

Eis porque disse linhas atrás que havia conquistado honestamente um diploma de médico.

Por aquele tempo, quando me formei dizia-se, a boca pequena, que quem ia estudar nos Estados Unidos, nada estudava mas de lá



voltava com um diploma comprado. Estudar era só na França, nossa mãe espiritual e especialmente em Paris. Ciência americana não existia, as faculdades só vendiam diplomas.

Não sei bem como se originou essa crença mas tenho para mim que dois fatos contribuíram para que ela se arraigasse no espírito público: o primeiro é que na realidade, em consequência de abusos praticados por indivíduos sem escrúpulos, mais tarde punidos pela lei, apareceram diplomas falsos de dentistas mas ao que eu saiba nunca de médicos, porque estes necessitavam revalida-los nas Faculdades oficiais e nessa revalidação seria descoberto o embuste. Isto não se dava com os dentistas que não necessitavam dessa formalidade para exercerem a profissão.

O segundo fato é que, filhos de pais ricos foram estudar na grande nação do Norte e de lá voltaram diplomados mas nunca exerceram a profissão por terem se desviado para outros misteres mais rendosos ou mais de acordo com a sua vocação. Como quer que seja, eu fui vítima dessa confusão e por duas vezes: a primeira no Rio de Janeiro e a segunda em São Paulo.

Vejamos o que me sucedeu na Faculdade de Medicina do Rio durante revalidação do meu diploma. Após ter sido aprovado com grau 9 nos exames de Fisiologia e de Terapêutica, defrontei-me com o professor da cátedra de Técnica Cirúrgica que era, então, denominada de cátedra de Operações e Aparelhos.

Senhor maduro, de aparência respeitável, bem trajado, portador de umas suíças encanecidas mas cuidadosamente alinhadas e filho de pai ilustre pois seu progenitor havia sido Ministro d'Estado da Monarquia e segundo rezam as crônicas, de competência comprovada, de inteligência lúcida e de atuação destacada.

Infelizmente, como tem acontecido a muitos ascendentes de re-

nome, os seus descendentes degeneraram. Parece que foi o que aconteceu a esse professor que não herdara os cromossomos paternos e por isso não saíra ao pai, nem na inteligência, nem na competência e nem na atuação.

Esse juízo era compartilhado por todos que com ele entravam em contacto e por certo que os alunos da Faculdade comentavam nos corredores as qualidades negativas do professor cujo único mérito consistia em nunca ter faltado a uma só aula durante muitos anos de magistério. É de salientar-se, no entretanto, que suas aulas estavam contidas em três pequenos cadernos de poucas dezenas de páginas cada um e que ele obrigava os alunos a conhecer nos seus menores detalhes, compelindo-os a citarem o comprimento das incisões e a localização dos pontos de reparo das poucas operações descritas, pelos centímetros e pelos milímetros como se essas medidas influíssem decisivamente nos resultados operatórios.

Não ultrapassava sua ciência o conteúdo dos citados cadernos que ele repetia ano trás ano.

Pois bem, foi esse professor de aparência austera e até impressionante quem primeiro duvidou da autenticidade do meu diploma, talvez porque está escrito em latim e ele nada compreendia dessa língua.

Eis como o caso se passou: chamado para tomar assento frente a banca examinadora, ocupei a cadeira a mim destinada.

Na qualidade de professor da cátedra e de presidente da banca dirigi-me o professor a palavra com ar de dúvida indagando-me se era eu mesmo o Dr. Benedito Montenegro. Recebendo resposta positiva, pergunta-me como que surpreendido se eu já era diplomado. A uma segunda resposta positiva exclama: Ah! muito bem! e voltando-se para um dos companheiros de banca diz-lhe em surdina: diploma comprado nos Estados Unidos!

Voltando-se novamente para mim indaga-me: E o Sr. pretende clinicar? ao que lhe redargui que para isso estava procurando revalidar o meu título.

Não se deu por achado meu carrasco. Era evidente o seu desejo de degolar-me... pelo menos no exame.

Voltando-se mais uma vez para mim e apontando-me o indicador da mão direita munido de um bonito anel, no qual reluzia uma grande esmeralda, num gesto desdenhoso, pergunta-me: Vai clinicar, com essa carinha imberbe? Outra resposta não poderia dar-lhe senão que era a única que possuía, a que Deus me havia dado e por isso havia de ser com ela mesmo que eu teria que enfrentar os embates da luta pela vida.

A guisa de explicação devo informar aos da nova geração que porventura ignorem o fato, que até a segunda década deste século os médicos e especialmente os cirurgiões para merecerem a confiança e o acatamento dos clientes precisavam ostentar bem cuidadas barbas dos mais variados tipos como as suíças do nosso personagem, os cavanhaques, as peras, a barbandó e outras que tais, felizmente já caídas em desuso e condenadas por dificultarem a higiene do rosto.

E não é só, como indumento era obrigatório para os esculápios, o uso do chapéu duro e do fraque de abas curtas!

Voltemos ao meu exame.

Sorteado o ponto coube-me descrever determinada operação inclusive os instrumentos nela empregados porque o programa da cátedra — operações e aparelhos — assim o exigia. Em seguida deveria realizá-la no cadáver.

Por ordem do professor início a descrição dos aparelhos que não se achavam presentes mas fechados como relíquias numa caixa de madeira de onde não podiam sair em virtude do mau estado de conservação em que se encontravam.

Por infelicidade, cito em primeiro lugar, um aparelho que moti-

vara pouco tempo antes grande celeuma inclusive críticas depreciativas ao professor, à sua cátedra e à sua maneira de ensinar, publicadas no Jornal do Comércio, fato esse do qual eu não havia tido conhecimento.

Estando esse aparelho velho, enferrujado e até quebrado não podia de forma alguma ser apresentado em público e por isso não devia nem ao menos ser citado.

Foi suficiente referir-me a ele para que o professor, numa explosão violenta de amor próprio ofendido se desse por satisfeito e me condenasse à reprovação apesar dos protestos dos seus companheiros de banca que argumentavam com muito critério e boa razão que não havia tido oportunidade demonstrar os meus conhecimentos.

Mais tarde tive ciência dos motivos que me levaram a essa reprovação que reputo injusta.

Além da citação de um instrumento que se encontrava em mau estado e que o professor considerou ofensiva ao seu amor próprio outros havia e dentre estes ressaltava a falta de um bom pistolão! Este argumento seria decisivo como ficou provado mais tarde.

Era o pistolão, por aquele tempo, uma arma poderosa, o melhor e o mais fácil meio de se obter uma aprovação, mas, aí de quem se apresentasse em exames sem estar munido! Por muito que soubesse corria sérios riscos de ser reprovado.

Acontece que eu vinha de uma Faculdade onde os exames não eram fiscalizados e, nem por isso deixava de haver reprovações.

É que os estudantes americanos desconhecendo a cóla e o pistolão eram incapazes de lançar mão de qualquer outro meio que não o conhecimento da matéria para obterem sua promoção.

Ingenuamente, confiado no meu preparo não quize valer-me desse meio para proteger-me contra a possibilidade de uma injustiça. Serviu-me a lição! Quando apresentei-me pela segunda vez estava tão bem recomendado, tão empis-

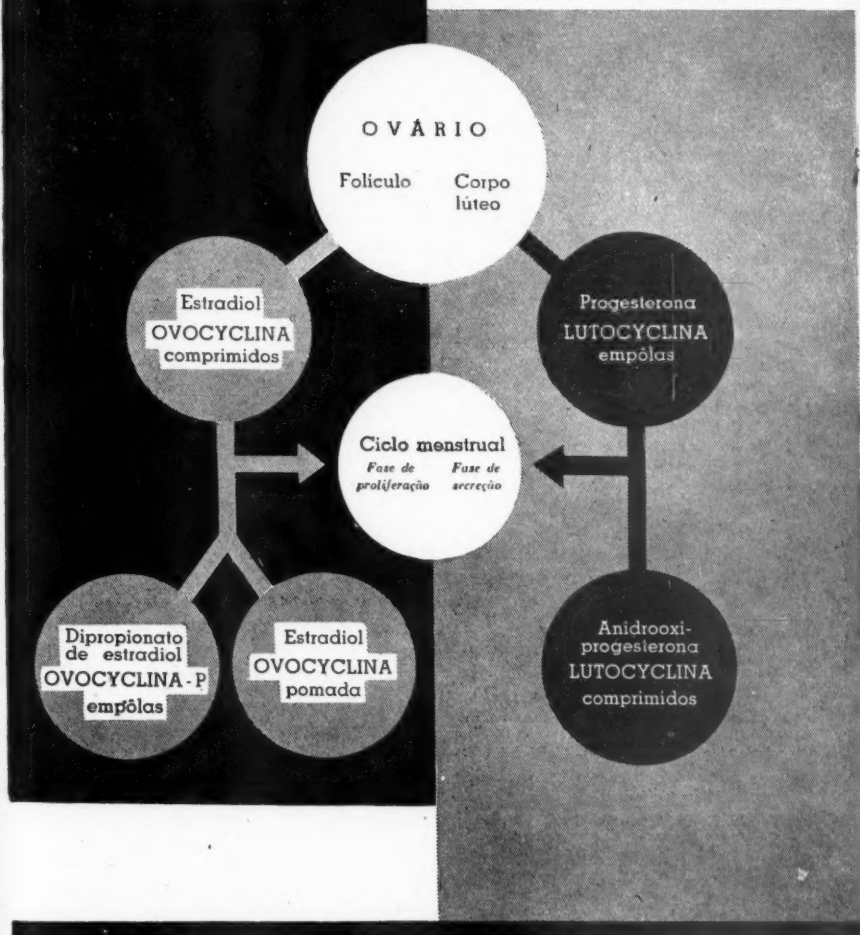
# HORMÔNIOS PUROS CIBA

## OVOCYCLINA

Hormônio folicular puro

## LUTOCYCLINA

Hormônio sintético do corpo lúteo



PRODUTOS QUIMICOS CIBA S. A.

RIO DE JANEIRO

AV. VENEZUELA, 110 - C. P. 3437

SÃO PAULO  
C. P. 3678

PORTO ALEGRE  
C. P. 1471

BELO HORIZONTE  
C. P. 123

RECIFE  
C. P. 439

tolado que, não só o exame de Operações e Aparelhos como os demais a que tive de me submeter foram o que hoje se denomina na gíria estudantina, uma canja e até causou-me surpresa a altura das notas que obtive inclusive na Cátedra de Técnica Cirúrgica e com o mesmo professor na qualidade de examinador e de presidente da banca.

O contraste foi tão flagrante e me impressionou tanto, que até hoje conservo parte do meu juízo que formulei sobre a moral do meu reprovador mas, nunca dele guardei rancor, pelo contrário, fui-lhe sempre muito grato pela magnífica lição que recebi e que muito me auxiliou no julgamento dos homens que topei pela minha vida.

Sem desejar de qualquer forma estabelecer comparação com o que se passou com um dos grandes nomes da medicina, lembrarei que Claude Bernard o grande fisiologista que enriqueceu a ciência com suas descobertas geniais e que a ela deu grande impulso com seus ensinamentos extraordinários, não logrou entrar para o corpo docente da Universidade de Paris por ter fracassado em concurso.

Pasteur, figura de relevo inconfundível na medicina não conseguiu, durante largos anos de fêcundo trabalho, título mais elevado que o de simples farmacêutico e só muito depois de reconhecidos e proclamados seus incontestáveis méritos é que lhe foi concedido assento na Academia de Medicina.

As situações não são idênticas, mas os efeitos sobre as vítimas são iguais.

Ao invés de lançar-lhe o desanimo como desejariam seus adversários, fustigaram-lhe as energias para que se superassem e alcançassem pelo seu trabalho inteligente, consciencioso e produtivo, a merecida recompensa.

A segunda vez que pairou dúvida sobre a autenticidade de meu diploma foi no começo da existência da nossa Faculdade de Medicina quando seu fundador, o eminente Dr. Arnaldo Vieira de Car-

valho, espírito dos mais nobres que tenho conhecido, cirurgião emérito e organizador insuperável, convidou-me para assistente da cátedra de Anatomia Descritiva. Tendo eu aceito o honroso convite, antes de ser lavrada minha nomeação, fez-me ele uma visita cordial na qual deixou bem patente o escrúpulo com que estava organizando a Faculdade, cercando-se de todos os cuidados para evitar sabores, ao pedir-me, num gesto de grande elegancia moral para ver o meu diploma pois tivera conhecimento que era escrito em latim e como já cogitava dos diplomas da Faculdade desejaria examiná-lo para, possivelmente, nele colher sugestões.

Percebi a manobra do meu ilustre colega e amigo muito querido e por isso mesmo, porque verifiquei por esse gesto o elevado critério que presidia a organização da Faculdade, não só acedi com prazer ao seu pedido como cresceu minha admiração por quem estava com tanto interesse resguardando nosso patrimonio cultural.

Fui feliz em aceitar o posto que me confiara Arnaldo Vieira de Carvalho. Dois anos depois ascendia ao cargo de professor substituto de Anatomia Descritiva. Mas não foi só, na catedra que servia colaborei com um homem de raras qualidades — o Professor Alfonso Bovero, nome que eu sempre pronuncio com a máxima reverencia e cuja memória tenho sempre em meu espirito como um exemplo de retidão de caráter, de mestre excepcional, de investigador infatigável, de cientista dos mais consumados.

Estoura por essa época a primeira guerra mundial. Corre, pouco tempo depois, na Santa Casa, onde trabalhava, uma moção de solidariedade com os colegas franceses e um oferecimento de nossos serviços em caso de necessidade. Assino a moção certo de que meu nome obscuro jamais seria lembrado para desempenhar papel de tamanha relevancia.

Eis senão quando, uma manhã, do mês de julho de 1918, entra Arnaldo Vieira de Carvalho na enfermaria onde eu trabalhava e após os cumprimentos do estilo indaga-me se eu estaria disposto a seguir para os campos de batalha para cuidar dos feridos franceses.

Pedi-lhe vinte e quatro horas de prazo para consultar a esposa pois já era casado, pai de dois filhos e em caminho de terceiro.

Após alguma relutância e algumas lágrimas de saudades antecipadas minha esposa que tem sido minha colaboradora inteligente e eficiente desde o dia em que unimos os nossos destinos, capacitou-se das vantagens que poderiam advir para minha formação científica, apesar de reconhecer os perigos a que ia me expor e as vicissitudes que iria passar durante a minha ausência, e concordou em que eu partisse.

Assim fiz parte da Missão Médica Militar que o Brasil enviou à França, chefiada pelo Professor Nabuco de Gouvêa, diretor do Hospital da Gamboa, do Rio de Janeiro e cirurgião de nomeada.

Nossa viagem pelo Atlântico foi uma verdadeira epopéia pela absoluta falta de recursos a bordo do transporte de Guerra que nos conduziu do Rio de Janeiro à Marseilha, numa interminável travessia que durou nada menos de trinta e sete dias, navegando sempre às escuras durante a noite, com receio dos submarinos alemães e castigados em alto mar com a epidemia de gripe hespanhola que tantas vítimas fez em todas as partes do mundo, inclusive de elementos da nossa missão médica. Esses sacrificios e os cuidados dispensados aos soldados franceses valeram-me a comenda da Legião de Honra.

Com a graça de Deus chegámos ao nosso destino, Paris, e enquanto o Prof. Nabuco adaptava um velho convento da Rua Vangirard para nos servir de hospital, eu e outros companheiros, o Dr. Baeta Neves, diretor do Instituto Paulista e o Dr. Rodrigo Bulcão, médico militar, realizavamos uma viagem de

inspecção pelas frentes americana e inglesa.

De volta a Paris já o hospital estava instalado e por isso iniciamos nosso trabalho de cuidar dos feridos de guerra. Aproximava-se o fim do conflito como o número de internações diminuía gradativamente sobrava-nos tempo para visitar os grandes mestres da cirurgia francesa e apreciar o seu trabalho.

Interessando-me pela cirurgia abdominal resolvi frequentar o Serviço de Vitor Pauchet que se instalara em Paris, vindo de Amiens, precedido de grande fama de bom operador de estomago. Realmente, num serviço ainda um tanto desorganizado pelos efeitos da guerra tive a felicidade de assistir a intervenções gástricas realizadas com todos os rigores da técnica adotada na epoca.

Com tendências naturais por essa cirurgia que sempre me empolgou, cresceu o meu entusiasmo por ela, ao constatar os bons resultados que aquele mestre obtinha.

Resolvi, ao voltar ao Brasil, dedicar-me com maior carinho ao seu estudo, mas o cirurgião não pode fazer sua mão sem o elemento doente e como este era escasso e receioso da habilidade do novel cirurgião, somente em 1923 é que tive a oportunidade de operar o 1.º caso de ulcera gástrica, deliberadamente, pelo método da ressecção.

Dessa data para cá o número de operados vêm num constante crescendo e paralelamente os resultados das intervenções vêm melhorando, obedecendo ao aperfeiçoamento natural e lógico da técnica, a tal ponto que posso afirmar, sem receio de erro que hoje possuo a maior estatística pessoal do mundo, de operações sobre o estômago e é este o ponto principal que induziu os diretores do Colégio Americano de Cirurgiões a me conferirem o título honroso de "Fellow Honoris Causa", porque simples Fellow eu já era desde 1921.

Há nessa resolução um fato muito significativo e lisonjeiro para a cirurgia brasileira: é que o campeonato mundial das gastrectomias foi oficializado e encontra-se no Brasil.

Se por isso mereci o título, não sei. Coube ao Colégio Americano de Cirurgiões decidir. Interpreto esta homenagem que hoje recebo como uma sanção a essa decisão.

Aos diretores do Colégio já tive oportunidade de externar os meus agradecimentos não só pelo título como também pelas inúmeras gentilezas com que me cumularam e pelas inequívocas provas de amizade que me dispensaram durante todo o tempo de minha permanência nos Estados- Unidos.

Trago desses ilustres e nobres colegas a mais grata recordação e grande estima e admiração pela obra humanitária que estão realizando em benefício de seus semelhantes.

Reafirmo a opinião que já de há muito havia formado sobre eles: são excelentes organizadores e neste particular avantajam-se sobre os dos outros países, notadamente sobre os de espírito latino; seus hospitais são os mais perfeitos que existem: em construção, em organização, em funcionamento e nos resultados do tratamento dos doentes; o trabalho de conjunto é o mais produtivo que se pôde exigir; são técnicos minuciosos, conduzem suas operações com maestria, com habilidade e com o máximo respeito pela vida dos seus operandos; são pacientes investigadores, buscando com afino a razão dos fenómenos observados e procurando para os problemas encontrados a solução mais adequada; são enfim, grandes cientistas que trabalham com entusiasmo e idealismo.

Não é de se surpreender que, dentro desses sadios princípios tenham eles desenvolvido uma instituição — o Colégio Americano de Cirurgiões — propugnadora do progresso da ciência e do bem estar da humanidade.

Antes de terminar cabe-me uma referencia especial aos cirurgiões britânicos pela maneira cavalheiresca com que se houveram durante o Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia realizado em Londres, em seguida ao de Nova Iorque, lutando contra as dificuldades existentes em seu país, como consequência da guerra e esforçando-se para que nada faltasse aos visitantes, no que tiveram completo êxito.

De minha parte agradeço as gentilezas de que fui alvo assim como agradeço particularmente ao meu amigo Mr. Stanley Gudgeon, digníssimo Consul Geral de Sua Majestade Britânica em São Paulo, a sua presença neste recinto abrihantando esta festa.

Quanto a vós, meus amigos, nem sei como agradecer-vos tanta magnanimidade. Aceito emocionado esta demonstração de vossa estima por minha pessoa e de vossa admiração pelo pouco que tenho conseguido realizar lutando contra todas as dificuldades de um ambiente ainda pouco propício aos grandes empreendimentos da ciência.

Não deveria destacar nomes pois todos são igualmente merecedores do meu profundo reconhecimento, mas, desde que escolhestes, corroborando a afirmativa de que esta homenagem é prestada à cirurgia brasileira, em minha pessoa, o Prof. Alípio Correa Neto, nome acatado na profissão e na Sociedade, para interpretar vossos sentimentos, desejo patentear-lhe minha gratidão pelas palavras de louvor que houve por bem pronunciar, palavras cujo valor e cujo significado crescem em meu conceito pois embora colega, amigo e meu ex-discipulo de Anatomia Descritiva durante seu curso em nossa Faculdade de Medicina, não foi ele iniciado por mim nos segredos da profissão, mas pelo finado Prof. João Alves de Lima e por conseguinte pertence a uma escola com características diferentes da minha.



Com o critério e a imparcialidade que presidem os seus julgamentos redobra de valor, para mim, a opinião emitida a meu respeito.

Aos diretores, professores e assistentes dos institutos universitários

e finalmente a todos os amigos clientes e admiradores que, numa carinhosa demonstração de apreço aderiram a esta homenagem, meu comovido agradecimento.

## Associação Paulista de Medicina

**Problema do cancer** — Em sua reunião de novembro a secção de Radiologia e Eletricidade Médica da Associação Paulista de Medicina, resolveu organizar uma sessão especial para estudar o problema do diagnostico radiologico do cancer gastrico em inicio. Para dar a essa discussão um carater mais amplo, resolveu a secção de Radiologia e Eletricidade Médica da Associação Paulista de Medicina, convidar a Sociedade Brasileira de Radiologia Médica para se fazer representar nessas reuniões. Aceitando a esse convite a Sociedade Brasileira de Radiologia Médica, já nomeou seus varios representantes que são: Dr. Og de Almeida e Silva, presidente da Sociedade Brasileira de Radiologia Médica; Dr. Pulcherio Filho, secretario geral da mesma Sociedade; Dr. Nicola Caminha, vice-presidente; Dr. Fernando Paulino, livre docente de Clinica Cirurgica da Universidade do Brasil, e Dr. Figueiredo Mendes, livre docente da Clinica Médica da mesma Universidade.

Por aclamação dos socios presentes, foi eleito presidente de honra das sessões o prof. Dr. Rafael Penteado de Barros, catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Nessa mesma reunião, por votação dos socios presentes foi feita a indicação do relator e do comentador official do tema, que serão, respectivamente, o dr. José Morethzon de Castro e dr. José Maria Cabello Campos.

Foram também feitos convites ás demais secções da Associação Paulista de Medicina, para se fazerem representar na discussão do referido tema.

Organizou então a secção de Radiologia e Eletricidade Médica da Associação Paulista de Medicina o seguinte programa para as reuniões dos dias 21 e 22 de dezembro, p. passado às 20,30 horas, na sede da Associação Paulista de Medicina:

Dia 21 — 20,30 horas. Tema: "Cancer gástrico".

Presidente de honra — prof. dr. Rafael Penteado de Barros.

1) Relator do tema — dr. Nicola Caminha (Rio de Janeiro); 2) 1.º comentador clinico — dr. Figueiredo Mendes (Rio de Janeiro); 3) 1.º comentador clinico — dr. Figueiredo Mendes (Rio de Janeiro); 3) 1.º comentador cirurgião — dr. Mario Degni (São Paulo); 4) 1.º comentador radiologista — dr. Pulcherio Filho (Rio de Janeiro); 5) 1.º comentador radiologista — dr. J. M. Cabello Campos (São Paulo).

Dia 22 — 20,30 horas. Tema: "Cancer gastrico".

Presidente de honra — dr. José Morethzon de Castro (São Paulo); 2) 2.º comentador clinico — dr. Ferreira Filho (São Paulo); 3) 2.º comentador clinico — dr. Fernando Paulino (Rio de Janeiro); 4) 3.º comentador radiologista — dr. Og de Almeida e Silva (Rio de Janeiro); 5) Discussão geral do tema; 6) Encerramento das sessões.

**Homenagem** — Tendo falecido há dias em Paris o notavel neurologista e neuro-cirurgião prof. Clovis Vincent, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, e a Secção de Neuro-psiquiatria da Associação Paulista de Medicina, prestaram homenagens á memoria do insigne cientista.

Clovis Vincent, então neurologista muito acatado nos meios médicos de todo o mundo, tornou-se nome popular em 1916, em consequência de uma questão judicial na qual se discutia os direitos dos soldados a se recusarem a tratamentos médicos que produzissem dor.

A questão foi levada ao Parlamento Francês pelo médico e deputado Paul Meunier, na sessão de 20 de outubro de 1916, com a interpelação feita a Clovis Vincent sendo o grande neurologista apoiado pelo sub-secretário de Estado do Serviço de Saúde de França Justin Godart, pelo dr. Huet, diretor dos Serviços de Eletricidade Médica da Salpêtrière e presidente da Sociedade de Neurologia de Paris, pelo conhecido neurologista Babinski, e pelo prof. Teisier, da Faculdade de Medicina de Paris.

Este caso tornou-se mundialmente conhecido como o Processo de Tours e entre os soldados generalizou-se a designação de "torpedeamento" dado ao processo de tratamento divulgado por Clovis Vincent.

O prof. Clovis Vincent merece, no entanto, a admiração e o apreço de todo o mundo pela sua preciosa colaboração no estudo e no

ensino da neurologia por longos anos, e ultimamente pela sua decidida atuação na neurologia.

Tendo frequentado nos Estados Unidos o Serviço do Pai da Neurocirurgia — prof. Harvey William Cushing, de volta à Europa passou a praticar pessoalmente as intervenções no sistema nervoso.

Trabalhavam juntos Clovis Vincent e De Martel, o conhecido e saudoso neuro-cirurgião, diretor do Hospital Americano em Paris que faleceu tão espetacularmente quando da entrada dos alemães em Paris na 2.ª Guerra Mundial.

Vaga a cátedra de neurocirurgia com a morte de De Martel, a Rockefeller Foundation instalou novamente os serviços e os confiou à direção de Clovis Vincent.

Clovis Vincent era uma das personalidades de maior projeção no meio científico francês, podendo mesmo dizer-se que disputava a primazia de ser o primeiro neurologista e neuro-cirurgião da Europa.

A morte do sábio francês constituiu, sem dúvida uma grande perda para a medicina mundial, e com toda a justiça as nossas sociedades médicas irão prestar-lhe as homenagens postumas.

## Sociedade Paulista de Leprologia

**Reunião em Santo Angelo** — Realizou-se no dia 14 de novembro, às 8 horas, no Asilo-Colônia Santo Angelo, a segunda reunião conjunta dos médicos do Departamento de profilaxia da Lepra e sócios de Sociedade Paulista de Leprologia. A essa reunião compareceram o secretário da Saúde Pública, o diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, o presidente da Sociedade Paulista de Leprologia, os profs. Aguiar Pupo, da Faculdade de Medicina de São Paulo; Rabelo Filho, da Universidade do Rio de Janeiro, Ramos Silva, J. Mota, H. C. de Sousa Araújo, da Academia Nacional de Me-

dicina, e o dr. Ernani Agrícola, diretor do Serviço Nacional da Lepra, além de outros cientistas patricios.

Durante a reunião, o dr. Lauro de Sousa Lima apresentou um relato sobre as novas aquisições científicas observadas nos últimos meses de tratamento sulfônico, e o dr. Hugo Guida falou sobre as modificações observadas no controle clínico dos doentes submetidos à nova terapêutica e causas clínicas responsáveis pelas intoxicações. O dr. Francisco Berti e seus colaboradores fizeram uma exposição sobre os resultados das investigações químicas sobre as

"sulfonas", realizadas no instituto Butantã, apresentando os novos derivados que vêm sendo experimentados entre os pacientes. Coube aos drs. Francisco Arantes e Ari Lipfelt discorrer sobre as observações referentes à incidência de obitos nos leprosários "Pirapitingui" e "Cocais", depois do que, o dr. Renato Pacheco Braga fez a apresentação de pacientes que vêm recebendo tratamento pelas "sulfonas", realizando-se depois uma "mesa redonda" para discussão dos

casos apresentados pelo dr. Renato Braga e pelos demais leprologos do Asilo-Colônia Santo Angelo. Logo seguir, foi prestada pelo D. P. L. uma homenagem ao decano dos medicos de leprosarios, dr. Maximiano Ferraz, que foi saudado pelo dr. Alcantara Madeira, diretor daquele departamento. Encerrando a reunião, o dr. Alcantara Madeira proferiu uma conferencia sobre "Organização do D. P. L. e suas diretrizes.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

**Posse e entrega de premios —** Realizou-se no dia 15 de novembro, às 20 horas e meia, no Instituto "Oscar Freire", à rua Teodoro Sampaio, 115, uma reunião da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo, para dar posse à sua nova diretoria e fazer a entrega dos seguintes premios concedidos em 1947: "Oscar Frei-

re", de Medicina Legal, ao dr. Geraldo Alves Pedroso; "Oscar Freire", de Criminologia, ao dr. Edmundo de Aguiar Whitaker; "Alcantara Machado", de Direito Social ao dr. João Batista de Oliveira e Costa Junior; premio "Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo", ao dr. José Angelo Galarsa.

## Combate à tuberculose

**Semana de realizações práticas —** Dando inicio à semana de realizações Práticas contra a Tuberculose, promovida pelo Instituto Preventivo de Roentgen-fotografia foram inaugurados, no dia 25 de novembro, na praça do Patriarca, às 16 horas, os retratos de Wilhelm Konrad Roentgen, descobridor do raio-X; Clemente Ferreira, grande fisiologo brasileiro; e Manuel de Abreu, inventor do método, mundialmente conhecido, de diagnóstico precoce, a abreugrafia.

Estavam presentes à cerimonia, que foi paraninfada pelo Dr. Jairo Ramos, os srs. ten. Lafaiete Moreira Freire, representando o sr. Ademar de Barros, governador do Estado; Augusto Dalia, representando o sr. Paulo Lauro, prefeito da capital; Manuel de Abreu; Aulio Clemente Ferreira e senhora; sra. Antonieta Cavalcanti e srs. João

Guilherme Costa, Joaquim Marques e José de Oliveira, representantes da Liga Paulista Contra a Tuberculose; sra. Isabel Conn e Cibeli Vicente de Azevedo, pela Cruz Vermelha Brasileira; José Cassio de Macedo Soares; ten. José Marques Pires, representando o Serviço de Saude da Força Publica, outras autoridades e pessoas gradas.

Depois de descerrados os retratos pelo representante do governador do Estado, usaram da palavra os srs. Ataliba Nogueira, Jairo Ramos e Manuel de Abreu.

Os atcs do certame prosseguiram por toda a semana e se desenvolveram conforme programa divulgado.

O prof. Manuel de Abreu proferiu no dia 26, à noite, no auditorio da Biblioteca Municipal, uma conferencia subordinada ao tema: "A

Luta Moderna Contra a Tuberculose”.

A sessão foi aberta pelo dr. Luis Gonzaga Ataliba Nogueira, que apresentou, o conferencista. A seguir, o professor Manuel de Abreu iniciou a sua conferencia, apreciando a extensão progressiva da incidencia da peste branca no Bra-

sil. O criador do processo de roentgenfotografia, fez depois uma interessante e sugestiva síntese da luta moderna contra a tuberculose, e concluiu concitando a todos a colaborar na campanha anti-tuberculosa, a fim de que os objetivos da atual “Semana”, fossem plenamente concretizados.

## Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Cursos de Aperfeiçoamento** — Autorizado pelo Conselho Técnico e Administrativo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, serão realizados nos meses de janeiro e fevereiro deste ano, os seguintes cursos de aperfeiçoamento naquele instituto de ensino superior:

Radiografia — a cargo do sr. prof. dr. Rafael Penteado de Barros. Técnica-Cirúrgica — a cargo do sr. prof. dr. Eurico da Silva Bastos. Clínica Obstétrica — a cargo do sr. prof. dr. Raul Carlos Briquet. Clínica Dermatológica — a cargo dos docentes-livres drs. José Moacyr de Alcantara Madeira e João Paulo Botelho Vieira. Clínica Ginecológica — a cargo do docente-livre dr. Antonio Barros de Ulhôa Cintra. Semiologia Física e Funcional do Abdomen — a cargo do docente-livre dr. José Ramos de Oliveira Junior. Eletrocardiografia — a cargo do docente-livre dr. Luiz Venere Decourt. Cardiologia — a cargo do docente-livre dr. Reinaldo Chiaverini.

**Defesa de tese** — Realizou-se no dia 28 de novembro, na Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, a defesa de tese do dr. Humberto Costa Ferreira, que dissertou sobre “A importância do fator Rh na nati-mortalidade e neo-mortalidade infantil”.

A comissão julgadora, designada pela congregação da Faculdade e presidida pelo prof. Ernesto de 70)

Sousa Campos, foi constituída dos srs. professores Raul Carlos Briquet, Pedro de Alcantara Marcondes Machado, Otto Bier e do docente-livre Carlos S. Lacaz. Defendendo a tese que se propusera, o dr. Costa Ferreira teve oportunidade de demonstrar perfeito conhecimento da materia. Seu trabalho, apresentando extensa casuística, constituiu uma das principais contribuições já apresentadas no país sobre o assunto. A análise dos dados coligidos demonstrou claramente a responsabilidade do fator Rh como causa da nati-mortalidade e neo-mortalidade infantil.

Deliberou a comissão julgadora conceder a nota maxima e aprovar com distinção a tese do dr. Humberto Costa Ferreira, que, por motivo, foi alvo de expressiva manifestação de seus colegas e amigos.

O dr. Costa Ferreira foi um dos pioneiros do estudo do fator Rh no Brasil. Em 1943 foi contemplado com uma bolsa de estudos na Inglaterra, onde permaneceu mais de um ano, trabalhando em Cambridge com os drs. G. Taylor e R. Race, os maiores especialistas ingleses na materia. De volta ao Brasil, em 1946, foi novamente contemplado com uma bolsa de estudos e pesquisas na Faculdade de Medicina, da qual é assistente, muito contribuindo para a difusão do conhecimento do fator Rh em nossos meios científicos.



# VARICOCELE

pelo

**DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Salvat Editores, S. A., 1946.  
"Manuales de Medicina Prática",

Mais um volume da coleção "Manuales de Medicina Prática" acaba de aparecer em o nosso meio. Intitula-se "Varicocele" e é da autoria de um cirurgião paulista, o Dr. Eurico Branco Ribeiro.

O Autor cingindo-se às normas que caracterizam os livros dessa coleção, dividiu o seu trabalho em 17 capítulos, que esmiuçam em síntese muito bem exposta todos os problemas relacionados com o Varicocele desde a definição, embriologia, anatomia, etc., até a técnica e tática cirúrgicas.

O Autor não se limita apenas a um trabalho de coordenação de conhecimentos antigos e modernos ligados ao tema; nos dá testemunho, em várias das suas páginas, da profunda experiência que possui sobre o assunto.

Ao lado dos autores estrangeiros, não se furta o Autor a citar os cirurgiões brasileiros que se têm preocupado com o problema, realçando-lhes assim os méritos.

Em o capítulo XVI, está exposta a sua técnica que, como acentua "Es el fruto de las meditaciones nacidas del estudio de los resultados obtenidos con los métodos operatorios mutilantes y de los resultados insuficientes y temporales de los métodos paliativos".

Ao fim de sua obra encontramos uma bibliografia especializada de 81 citações.

Congratulamo-nos com o útil trabalho do distinto Autor e louvamos mais uma vez, o seu alto dinamismo, sua fé inquebrantável no trabalho, o seu amor à medicina.

Mais uma vitória a quem com tanta proficiência dirige o Sanatório São Lucas, a Sociedade Médica São Lucas e os "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia".

Nossos aplausos aos Srs. editores que apresentam e por certo continuarão a apresentar oportunidades para um maior intercâmbio científico sul-americano, difundindo a medicina brasileira que conta com cultores dignos do respeito e admiração dos colegas estrangeiros.

CARDOSO DE CASTO

Anais Brasileiros de Ginecologia, Vol. XXIII, 5, maio de 1947, pg. 413.

## Cientista Uruguaio

**..Visita a S. Paulo** — Viajando pelo "Cruzeiro do Sul", chegou no dia 19 de novembro a S. Paulo, procedente do Rio de Janeiro, o prof. Mario Cassinoni, catedrático de física da Faculdade Nacional de Medicina de Montevideu.

O cientista uruguaio, que regressou de uma viagem de estudos aos Estados Unidos da América do Norte, proferiu nesta capital duas conferencias, patrocinadas pela Sociedade Brasileira de Radioterapia,

Associação Paulista de Medicina e Escola Paulista de Medicina.

A primeira conferencia, sobre o "Electro diagnóstico moderno" (cronaxia), efectuou-se no dia 20 às 21 horas, na sede da Associação Paulista de Medicina. A segunda, sobre o tema: "Ultimas aquisições da fisica radiológica" realizou-se no dia 21, às 11 horas, no anfiteatro da Escola Paulista de Medicina.

## Faculdade de Higiene e Saude Pública

**Novos professores** — Foi nomeado o dr. Augusto Rodvalho, assistente técnico da Faculdade de Higiene e Saude Publica, para exercer o cargo de professor Catedrático da Cadeira de Clinica Medica

4.º ano, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo.

—Foi nomeado interinamente o dr. Ciro de Barros Resende, assistente da Faculdade de Medicina, para reger a cátedra de Clinica Oftalmológica, da mesma Faculdade.

## Departamento de Profilaxia da Lepra

**Homenagem ao dr. José Moacyr Alcantara Madeira** — O prof. José Moacyr Alcantara Madeira, diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, foi, no dia 16 de novembro, homenageado por amigos, colegas e admiradores, por motivo de sua nomeação para esse cargo. Ao almoço oferecido a s. s. nos salões do E. C. Pinheiros, estiveram presentes os drs. Joir Fontes, representante do diretor do Departamento Nacional da Lepra; representantes do secretario da Saude e do prefeito municipal; Cesar Salgado, procurador-geral do Estado; Sinesio Rangel Pestana; d. Margarida Galvão; medicos e funciona-

rios da Profilaxia da Lepra; representantes da Sociedade Paulista de Leprologia e numerosas outras pessoas.

Usaram da palavra no decorrer do almoço os drs. Cesar Salgado, pelos amigos do homenageado; Hugo Guida, pelos medicos e funcionarios do D. P. L.; Humberto Cerruti, pela cathedra de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina; Antonio Macuco Alves, pelo São Paulo F. C.; Castorino França, que leu uma mensagem dos internados no Asilo-Colônia de Pirapitingui; Francisco Amendola, pela Sociedade Paulista de Leprologia; e João Paulo Vieira.

**Jalepat - Fígado, ferro, vitaminas por via bucal**



## ATIVIDADES CIENTIFICAS

## Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro"

**Reunião mensal** — Reuniu-se no dia 2 de dezembro ultimo, para mais uma de suas reuniões de caráter científico, o Centro Médico "Dr. Eurico Branco Ribeiro" de Ponta Grossa.

No impedimento do presidente efetivo, dr. Joanino C. Gravina, presidiu a sessão o dr. Nadir Silveira, servindo de secretário o dr. Livio Moreira.

O conferencista da noite foi o dr. Milton Lopes, que fez aos presentes uma exposição detalhada da 1.a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, realizada recentemente no Rio de Janeiro da qual fez o mesmo parte, integrando a representação paranaense.

O orador fez explanações sobre os vários temas oficiais relatados no Congresso, assim como fez sentir a valiosa colaboração dos relatores paranaenses naquele memorável conclave científico. Segundo afirmou o ilustre conferencista, dada a grande contribuição da dele-

gação de nosso Estado e o alto interesse demonstrado pela mesma, foi unanimemente aprovada, por todos, a escolha de Curitiba para a realização da 2.a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, a qual terá lugar em outubro do corrente ano.

O dr. Milton Lopes foi muito cumprimentado pela sua conferência.

Foi notificada depois aos médicos presentes a ida a Ponta Grossa dentro de poucos dias, do professor Cesar Ávila, catedrático de cirurgia e ortopedia infantil da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, o qual realizará sessões cirúrgicas nos hospitais locais, assim como fará conferências no Centro, sobre assuntos de sua especialidade.

Irá também a Ponta Grossa o dr. Osvaldo Pinheiro Campos, cirurgião do Rio de Janeiro que ali realizará conferências sobre cirurgia óssea.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

## Sumario dos últimos números

Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, XXII, 1946 — Sobre a sinonímia de flébotomos americanos — Dr. Mauro Pereira Barreto; Sobre a patogenia do bocio coloide — Bócio experimental no rato — Dr. Luis Nora Antunes; Blastomyces e Paracoccidioides — Floriano de Almeida; Inclusão de Candida butantanensis como sinônima de Candida tropicalis — Dr. Floriano de Almeida; Virtudes nutritivas do cajú — Prof. F. A. de Moura Campos; Shigella ligada a um caso de afecção aguda do trato urinário — Dr. José de Toledo Mello; Alcaligenes iso-

lado de um caso de meningite purulenta — Dr. José de Toledo Mello; Fenômeno de variação de capacidade formadora de pigmento em bactéria agromogena, de posição ambigua no grupo intestinal — Dr. José de Toledo Mello; B. asiaticus Castellani isolado de fezes num caso de enterite aguda — Dr. José de Toledo Mello; Estudos sobre tabanidas brasileiros. I. Morfologia externa do Tabanus (Pociloderas) quadripunctatus Fabr. (Diptera, Tabanidae) — Dr. Mauro Pereira Barreto; Estudos sobre Tabanidas brasileiros. II. Sobre o gênero Catachlorops Lutz, 1909,

com descrições de sete espécies novas (Diptera, Tabanidae) — Dr. Mauro Pereira Barreto; Tratamento local das queimaduras — Dr. Ary do Carmo Russo; Influência de eletrólitos na dosagem de glicose sanguínea pelo método de Folin — Dr. Nêvio Pimenta; Considerações sobre as formações actinomicetoides, radiadas ou maças dos cogumelos nos tecidos — Dr. Floriano de Almeida; Equilíbrio vitamínico entre alguns fatores do complexo B — Prof. F. A. de Moura Campos; Uma nova espécie de flebotomo da Colômbia e chave para a determinação das espécies afins — Dr. Mauro Pereira Barreto; Considerações sobre três casos de micoses humanas, de cujas lesões foram isoladas ao lado dos cogumelos responsáveis, algas provavelmente do gênero *Chlorella* — Drs. Floriano de Almeida, Carlos da Silva e Oswaldo Forattini; — Ação da sulfanilamida e seus derivados "in vitro" sobre o *Actinomyces brasiliensis* — Drs. Floriano de Almeida, Carlos da Silva Lacz e Oswaldo Forattini.

**Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo** — Ação médico-social da Polícia de São Paulo através do registro dos empregados domésticos — Drs. Secundino Domingues Filho e Augusto Matuck; Dois casos interessantes de acidente de trabalho — Dr. Geraldo Alves Pedroso; Relação entre a estrutura do corpo e o caráter — Dr. Oscar R. de Godoy; Perturbações visuais provocadas por intoxicação pelo gás de iluminação e acidente do trabalho — Dr. Geraldo Alves Pedroso; Um suposto estupro — Dr. João Batista de Oliveira e Costa Junior; Determinação da idade das fraturas em Medicina legal — Dr. Geraldo Alves Pedroso; Parecer médico-legal sobre um caso de Parinsonismo encefálico. Interdição — Drs. Francisco Tancredi e Felipe Rodrigues Siqueira.

**Boletim de Higiene Mental**, IV, 38, outubro de 1947 — Suicídios

e entorpecentes — Prof. A. C. Pacheco e Silva; A escultura em face da higiene mental — Dr. J. Carvalho Ribas; Endocrinologia e Higiene Mental — Dr. Armando Sampaio de Rezende; A criança epilética e a escola pública — Oliveira A. Whlidin.

**Resenha Clínico-Científica**, XVI, 10, outubro de 1947 — Enzimas — James B. Sumner; A preparação de enzimas puras e de proteínas de vírus — John H. Northrop; Sangue, plasma e seus substitutos no combate às varias formas de choque — Prof. Carlo Foá; Classificação clínica, geral e eclética das nefropatias — W. Berardinelli.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, VII, 6, junho de 1947 — Necrológico — Dr. Humberto Cerruti; Relatório do 4.º ano de estudos sobre nutrição realizado sob os auspícios dos "Fundos Universitários de Pesquisas" — Prof. F. A., Moura Campos; Novo tipo de aparelho para transfusão de sangue — Dr. Vasco Ferraz Costa; — Acidentes de transfusão — Profilaxia e tratamento — Dr. Vasco Ferraz Costa; Figuras médicas do passado — O Dr. Sigaud — Dr. José Ayres Netto.

**Revista Paulista de Medicina**, XXXI, 2, agosto de 1947 — Demência precocíssima — A propósito de dois casos — Prof. Dr. A. C. Pacheco e Silva e Dr. J. Carvalho Ribas; Cromo-peritoneoscopia — Visualização da permeabilidade tubária — Dr. Licínio H. Dufra; Versão interna sobre 243 casos — Dr. Paulo Schmidt Goffi; Necrose cortical bilateral — Considerações em torno de uma caso — Dr. Carmelo Cocuzza e Dr. Henrique Silva.

**São Paulo Médico**, XIX, I, 11-12, novembro-dezembro de 1947 — Contribuição para o estudo da anemia de von Jaksch — Drs. José de Paula e Silva e Roberto B. Silveira; As 5.ªs Jornadas Médicas de Juiz de Fora 7 a 11 de Agosto de 1946 — Dr. Monteiro Salles.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

## Cruz Vermelha Brasileira

**Sua independência** — A comissão de peritos dos governos de diversos países, reunida em Genebra no corrente ano, para a revisão da Convenção de 1929, aprovou uma resolução declarando a independência das sociedades nacionais de Cruz Vermelha em relação aos poderes públicos. Foi delegado do Brasil, nessa Convenção, o sr. João Pinto da Silva, consul general do Brasil em Genebra.

A comissão concordou com a resolução votada pela XIX Sessão do Conselho dos Governadores da Liga e redigida nos seguintes termos:

"Uma Sociedade de "Cruz Vermelha" deve conservar o caráter de organização independente e voluntária que lhe reconheceu seu governo, trabalhando no mesmo sentido que ela as autoridades locais e outras organizações voluntárias.

"Em tempo de guerra, o estatuto privilegiado de que goza a "Cruz Vermelha", arriscar-se-ia, com efeito, a ficar comprometido se a Sociedade Nacional não guardasse sua independência e não salvaguardasse a integridade de seus objetivos, de acordo com o princípio da "Cruz Vermelha".

pendência das Sociedades Nacionais pediram, durante o conflito, à Comissão Internacional que as ajudasse a manter seu caráter de instituições privadas.

Como o fazia notar, a Comissão Internacional em sua documentação, as questões relativas à independência das Sociedades Nacionais e as suas relações com os poderes públicos constituem um vasto programa que interessa, antes de tudo, a cada Sociedade dentro do quadro das condições que prevalecem em seu país. Os laços estreitos que unem as Sociedades Nacionais ao seu governo respectivo, — laços que são comumente proveitosos ao

desenvolvimento da obra — poderiam, entretanto, apresentar o risco de ver as Sociedades Nacionais tornarem-se antes peças de administração pública e perder seu caráter de instituições privadas, isto é de Sociedades de Socorros voluntários, que lhes é próprio desde a origem da "Cruz Vermelha".

Se não existe convenção internacional mencionando a autonomia das Sociedades Nacionais da "Cruz Vermelha", esse fato provem precisamente do caráter privado de sua constituição, fundado sobretudo na tradição. Entretanto, a independência das Sociedades da "Cruz Vermelha" está dentro do espírito da Convenção de Genebra; além disso ela está implicitamente contida nos princípios de reconhecimento que a Comissão Internacional formulou para o uso das Sociedades Nacionais que se constituem. Enfim, a Comissão lembrava que são principalmente as resoluções da Conferência Internacional de Genebra de 1863 que convem tomar em consideração. Consideradas tradicionalmente como a Carta Constitucional da "Cruz Vermelha" elas fornecem às Sociedades Nacionais, as ausências de outras disposições convencionais, os princípios diretores de sua organização. Ora, essa Conferência previu expressamente que a Comissão a quem cabe em cada país concorrer para os serviços de Saúde dos Exércitos deve ela própria organizar-se de maneira que julgar conveniente.

O presidente da Liga lembrou que em Oxford as Sociedades Nacionais estudaram a questão de independência da "Cruz Vermelha" e tomaram duas resoluções a esse respeito. Segundo o artigo 13 dos "Princípios fundamentais" adotados pelo Conselho dos Governadores, "as Sociedades Nacionais devem manter sua independência, estabele-

lecer seus próprios estatutos, aplicar dentro do espírito da "Cruz Vermelha", aquelas dentre as atividades humanitárias que elas julgarem as mais úteis, segundo as condições que prevalecem em seus países". O artigo 4.º da "aplicação dos princípios" diz que uma Sociedade Nacional deve conservar o caráter de organização indepen-

dente e voluntária que lhe reconheceu seu governo.

O presidente da Comissão Internacional chamou a atenção da Assembléia para o fato de que a Sociedade da "Cruz Vermelha" a despeito dos laços que a ligam, em tempo de guerra, ao Serviço de Saúde dos Exércitos, devem permanecer tão independentes quanto possível.

## As substâncias radioativas

### Inocuidade da Emanoterapia —

A toxicidade de algumas substâncias radioativas, tais como os sais de Radium, de Thorium ou de Mesothorium, aplicados internamente, fica fóra de dúvida.

A Gettler e G. Norris, como também Flinn, relataram casos de intoxicação por bebidas de água contendo 2 microgramas de sal de Radium elemento; em um dos casos, o doente bebeu essa água diariamente durante cinco anos; e no outro caso, durante dois anos e meio, o que acumulou no organismo 74 microgramas e 40 microgramas respectivamente, de Radium elemento, especialmente nos ossos.

O Radon digerido após bebidas elimina-se pelos pulmões, como o demonstrou St. Mayer, de modo que, depois de 4 horas somente, a quinta parte da quantidade ingerida fica no corpo. Este Radon e seus produtos de desintegração não permanecem no organismo além de 7 horas.

Fernau e Smereker têm calculado que, pela ingestão de água radonífera, sob a forma de bebida, com 3640 milimicrocuries, a energia desenvolvida pelo Radon e por seus produtos de desintegração, de vida curta, é sete vezes maior do que a desenvolvida durante 24 ho-

ras pela radioatividade natural do corpo. Os produtos de desintegração do Radon apresentando vida longa, dão somente uma acumulação diminuta.

Para uma mesma dose, ingerida diariamente durante um ano, a energia das radiações **alpha** e **bêta** é menor do que a produzida pela radioatividade natural do corpo. Em resumo, com tais doses, não existe perigo de acumulação de Radon no corpo, nem de seus produtos de desintegração. Devemos concluir da mesma maneira no que concerne à inalação de Radon, na qual se utilizaram quantidades menores que as do tratamento pelas bebidas.

A toxicidade das águas naturalmente radioativas está fóra de discussão: nunca foi relatado acidente algum depois de bebidas prolongadas. A Radonoterapia pelas águas radioativas — coisa hoje definitivamente comprovada — não apresenta perigo nenhum, nem imediato, nem remoto.

A radioativação artificial da água simples em doses apropriadas é também inteiramente inócua, não traz nada de Radium elemento e contém Radon em quantidades equivalentes às das águas naturais.

# TORAMIM

Nas bronquites  
3 colheres por dia

## Atualização em Tisiologia

**Quinto Curso de Aperfeiçoamento** — Com a colaboração de grande número de especialistas realizar-se-á em Montevideo de 1.º a 13 de março de 1948 o Quinto Curso de Aperfeiçoamento Teórico-Prático que tratará dos problemas atuais da Clínica Tisiológica.

As lições práticas e teóricas serão dadas no Instituto de Tisiologia (Hospital Fermín Ferreira).

A assistência às lições teóricas será permitida a todos enquanto que as práticas serão limitadas aos inscritos no curso e ao pessoal do Instituto.

A inscrição estará aberta para um máximo de 30 médicos e estudantes que tenham os cursos de Faculdades.

Aos inscritos com frequência assídua se lhes dará um certificado.

Os pedidos de inscrição deverão ser feitos pessoalmente ou por carta à secretaria do Instituto de Tisiologia (Hospital Fermin Ferreira) Pabellón 17, Av. Larrañaga, 1380, onde se entregará também a quantia de 15 pesos que é a contribuição estabelecida para os médicos. Aos estudantes de medicina será gratuita a concorrência.

## LITERATURA MÉDICA

### Livros recebidos

**Fundamentos de Sifilologia** — Rudolph H. Kampmeier, Salvat Editores, Barcelona 1947.

Um pequeno tratado de sífilis — eis o escopo do professor da Escola de Medicina da Universidade Vanderbilt ao escrever esta obra, que se desenvolve num total de 544 páginas, com numerosas ilustrações. A preocupação principal do A. foi firmar o conceito da sífilis como uma doença geral de manifestações multiformes, envolvendo todas as especialidades e, nesse sentido, visando melhorar a maneira de o médico fazer a história clínica e o exame do seu doente. Insiste na comprovação laboratorial de um diagnóstico e no valor clínico de uma sífilis pregressa contraída. Discute longamente a questão de orientação do diagnóstico e o critério de cura, salientando o papel valioso da educação do doente. É um livro prático e moderno, apresentando já capítulos sobre o resultado do tratamento pelas sulfanilamidas e pela penicilina.

**Resultados tardios da gastrectomia por úlceras gástricas e duodenais** — Giocondo Villanova Artigas, tese de livre-docência, Curitiba, 1946.

O trabalho com que o A. brilhantemente conquistou a docência livre da Faculdade de Medicina do Paraná é desses que muito recomendam o Serviço em que foram elaborados e evidenciam qualidades de realce nos cientistas que os subscrevem. De fato, fazendo o estudo minucioso e detalhado do posoperatório tardio de um grupo de 30 gastrectomizados, o A. demonstrou que possui método de estudo, persistência, dedicação, cultura e acurado senso crítico, qualidades indispensáveis para uma longa e ascendente carreira nas cogitações de especulação científica. Verificou o A. que 83,3% dos doentes se sentiam perfeitamente bem. Nos demais, havia apenas dor e sensação de peso gástrico, com exceção de um doente (3,3%), que nada havia aproveitado da inter-

venção. Verificou anacloridria em 90% dos casos e hipoacidês nos 10% restantes, sem qualquer relação com os resultados clínicos. Ligeira anemia hipocitêmica, hipocrômica e normocítica em 13,4% dos casos. O estudo radiológico não evidenciou as causas dos ligeiros distúrbios apontados. Não registou nenhum caso de úlcera péptica posoperatória. O livro tem 168 páginas com 30 ilustrações.

**Cirurgia da hipertensão arterial — Manual de bloqueos anestésicos del sistema neuro-vegetativo** — A. R. Albanese, El Ateneo, Buenos Aires, 1947 e 1946, respectivamente.

Estes dois livros, versando assuntos conexos, são firmados por uma das mais destacadas figuras da cirurgia argentina. De fato, tendo-se destacado no Serviço do prof. Ricardo Finochietto, Albanese já mereceu o professorado pela sua cultura especializada, pela soma ponderável de trabalhos realizados, pela orientação didática que sabe dar às suas aulas e demonstrações cirúrgicas. Dedicando-se ultimamente à cirurgia do torax e à do simpático, conseguiu já uma experiência que o tornou senhor e mestre nesse campo da cirurgia, donde a sua designação para escrever estes dois livros, que fazem parte da série de "Publicaciones del Servicio a cargo del prof. Ricardo Finochietto". Ambos são magnificamente ilustrados com fotografias e desenhos elucidativos. A apresentação gráfica confirma o alto conceito em que são tidas as edições de El Ateneo.

**Thrombosis** — Inge Birger, Arlöv, 1947.

São bem conhecidos os notáveis progressos feitos na Escandinávia sobre as afecções dos vasos dos membros. O presente volume vem confirmar o alto conceito em que é tida a ciência médica daquela parte da Europa nesse sector da patologia. O assunto versado é o segundo estágio da trombose nos membros inferiores, compreenden-

do a sua fase de cronicidade. O A. estuda a sua evolução diante da ulcera crural, que costumamos chamar de ulcera varicosa das pernas. Precede a sua exposição de um resumo sobre os antigos e os modernos pontos de vista a respeito da trombose, encarando ainda a fase aguda, primeiro estágio, dessa entidade mórbida. A terapêutica é discutida com precisão e segurança. O volume contém 110 páginas, com varias ilustrações e quadros elucidativos.

**Las Parálisis** — Luis Barraquer, 2.a edição, Salvat Editores, Barcelona, 1947.

O presente volume é um dos muitos da série de Manuais de Medicina Prática que alcançaram em pouco tempo a reedição, em virtude da grande procura que tiveram. Nesta 2.a edição, o A. acrescentou alguns capítulos novos, como a cainbra dos escriturários, a paralisia isquêmica de Volkmann, a doença de Dupuytren e a paraplegia do latirismo. Outros capítulos foram ampliados, à luz de modernos conhecimentos. Dada a projeção científica do professor de Neuropatologia do Hospital de Santa Cruz e São Paulo de Barcelona, esta segunda edição está fadada à larga procura, sendo, como é, moldada com aquela preocupação de expor a matéria como se estivesse com o doente à vista. O volume contém mais de 200 páginas, com 85 figuras, algumas das quais a cores.

**Traité de Physiologie Clinique**, André Dufourt, 2.a edição, Vigot Frères, Editeurs (23, rue de l'Ecole de Medicine) Paris, 1946.

O brilhante sucesso que acolheu a primeira edição desta obra que em 18 meses foi imprimida duas vezes é a maior propaganda que se pode fazer desta segunda que acaba de aparecer. O tratado além das diversas modificações na sua composição, compreende quatro capítulos no suplemento. Estes capítulos se referem à tuberculose in-



filtrativa difusa precoce, a evolução radio-clínica das lesões, a tuberculose bronquica e a tuberculose dos pretos.

A principal finalidade do livro é mostrar a realidade da via biológica de infecção tuberculosa humana.

A divisão da tuberculose em três estados ou períodos tem o grande mérito de esclarecer toda a phtisiogenese e de explicar os acidentes que se dão no curso da moléstia e que tornam a sua descrição extremamente difícil.

A importância que o autor dá aos períodos primários e secundários é digna de nota. Ele exigiu dos que a expuseram um conhecimento aprofundado da tuberculose na criança e no adolescente. Baseado em larga documentação estrangeira, o livro constitui, segundo a expressão do grande professor Noel Fiessinger, o melhor tratado atual de phtisiologie escrito em língua francesa. É um volume de 700 páginas e 132 radiografias, custando apenas 670 francos.

**Medicina de urgência**, Dr. A. Rocha, Editorial Miguel Servet (Provenza, 24), Barcelona, 1947.

Os temas tratados nestas lições são orientados sob o aspecto duplo que a Medicina tem como ciência e como arte. Como ciência aplicam os autores os seus conhecimentos e como arte as suas técnicas. As patogenias e etiologias estão equiparadas aos sintomas e tratamento, já que sem ele não se lograria um resultado armônico e eficaz. O "artesanismo" médico tão fácil e as vezes ingenuo deve elevar-se até os horizontes das rotas modernas, ainda que não seja mais do que para satisfazer nossos desejos de vislumbrar a grandes distancias as possibilidades de nossos conhecimentos atuais. Por isso neste livro alguns temas são tratados com a profundidade que faltaria e um manual, mas que consideramos indispensável porque sem ela não poderíamos alcançar um diagnóstico certo e muito menos

ainda uma terapêutica correta que necessitamos em um caso de urgência. São os seguintes os colaboradores desta obra: Drs. A. Pedro Pons, J. M. Simarro, F. Esquerdo, M. Vieira, A. Rocha, J. Vilaclara, Luis Rosal, R. Solivellas, R. Frochtman, J. M. Forn, J. Compañó, P. Plana Gatell, F. Bergalá, Mariano Gañella Casas, M. Mischach Rigalt, R. Vidal-Ribas. Forma um volume de 416 páginas, com lâminas fora do texto e ricamente encadernado. Preço 130 pesetas.

**L'Art contre la maladie**, Adrian Hill, Vigot Frères, Editeurs (23, rue de l'Ecole de Medecine), Paris 1947.

Obra original e humanitária realizada por um pintor de grande talento, Adrian Hill, e que consiste em utilizar, para a atividade psíquica creadora, as longas horas de imobilização que exige a enfermidade. Esta atividade psíquica age por sua vez sobre as funções visuais fortificando as defesas naturais e ajudando assim a cura. Junta-se ainda um método terapêutico de ordem psicológica cuja importância nas infecções de evolução lenta, como por exemplo certas formas de tuberculose e de moléstias de evolução lenta (reumatismos, distúrbios psíquicos, neurastenias, depressões, impotência nervosa, etc.) é tão grande que chega-se a curas inesperadas. *L'Art contre la Maladie* será lida e apreciada por artistas, letrados, médicos e todos os que se interessam pelas coisas do espírito e do coração. Forma um volume de 128 páginas, com 20 taboas fora do texto. Preço 200 francos.

**Quintas Jornadas médicas de Juiz de Fora** — João Ribeiro Vilaça, Antonio Carlos Pereira e Dirceu de Andrade, Juiz de Fora, 1946.

Encerrando os trabalhos das quintas Jornadas Médicas realizadas em agosto de 1946, apareceu o XIV volume dos Boletins da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora, prestigiosa agremiação

ção, que está merecendo a admiração das suas congêneres do país pelas iniciativas que vem tendo e entre as quais avulta a realização das Jornadas Médicas. O volume contém mais de 500 páginas, com o texto de quasi 50 trabalhos firmados por destacados médicos daquela cidade, de Belo Horizonte e do Rio de Janeiro.

**Contralateralizaciones de procesos pulmonares de apariencia unilateral** — F. Tello Valdivieso, Madrid, 1946.

Entre as publicações ultimamente feitas pelo Patronato Nacional Antituberculoso, figura o volume relativo ao trabalho de Valdivieso premiado no concurso da Associação Oficial de Tisiologia da Espanha. O título por inteiro é: "Estudio de las contralateralizaciones, especialmente precoces, en los procesos pulmonares tuberculosos de apariencia radiologica unilateral". Com o valioso material à sua disposição no Dispensário Antituberculoso de Zaragoza, pode o A. apresentar aos seus colegas de especialidade um criterioso estudo sobre a questão versada, cuja importância para orientação do tratamento é desnecessário encarecer. O volume tem cerca de 80 páginas, com farta documentação.

**A penicilina por via arterial nas osteomielites**, Eurico Branco Ribeiro, São Paulo Editora S. A. imprimiui, 1947.

Como em todos os seus trabalhos publicados em nosso meio e no estrangeiro o Dr. Eurico Branco Ribeiro descreve de modo claro e preciso neste pequeno livro a técnica das injeções intra-arteriais de penicilina e os bons resultados que se podem obter com tal método no tratamento das osteomielites.

O 1.º capítulo é um resumo bem documentado dos trabalhos publicados na literatura internacional até dezembro de 1944 sobre o tratamento da osteomielite aguda pela penicilina, citando o A. 2 casos de osteomielite crônica curados com este método por Mauricio Gu-

din e Aloisio Neiva Filho e publicados nas memorias do Instituto Oswaldo Cruz, Agosto de 1944.

No 2.º capítulo dedicado à técnica da injeção intra-arterial, cita inicialmente o A. os principais trabalhos publicados sobre as injeções intraarteriais salientando a contribuição dos A. A. portugueses como Egas Moniz, Reinaldo dos Santos, Silveira Ramos, Serras Simões e nacionais como Bernardes de Oliveira, Antonio Prudente, Caires de Brito, Americo Valerio, Armenio Borelli, Romero Marques e Abreu Siva, Frederico Carvalheira, Paulo Bressan, Saldanha Faria, Waldemar Machado, Dias Aires, Nairo França e Jaime Rodrigues.

No 3.º capítulo estuda o A. as vantagens da via arterial lembrando que "... salta à mente a idéia de um acesso direto, rapido e em massa ao foco infeccioso pois que o medicamento não é retido;... pelo sistema reticulo endotelial de órgãos ricos desses elementos como o baço e o fígado", atingindo o foco séptico em massa, em especial, se como aconselham João dos Santos e Reinaldo dos Santos se estabelece uma "... estase venosa à custa de um garrote passado na raiz do membro em questão e aí mantido por cinco a quinze minutos", mantendo-se desse modo, uma ótima concentração do medicamento por 24 horas. Junta-se a esta alta concentração do medicamento a hiperemia ativa por excitação do simpático periarterial (Borelli) e ter-se-á a explicação dos ótimos resultados da medicação intra-arterial que determina segundo Borelli uma rápida cicatrização do foco septic.

Lembra ainda o A. outras duas vantagens da via arterial: não possuir contraindicação quando se usa penicilina e exigir uma quantidade 10 vezes menor do medicamento que por outra via.

No capítulo dedicado à injeção arterial lembra o A. a necessidade do uso de uma boa seringa de 5 — 10 cc, com agulha de calibre médio, de bisel curto, pontea-gudo e afiado; de fixar a arteria

entre os dedos indicador e medio que fazem pressão sobre a pele de modo a impedir o deslocamento da arteria, introdução lenta da agulha na arteria cuja penetração se manifesta pela entrada do sangue arterial na seringa. A injeção é feita rapidamente e uma vez terminada é o local comprimido durante um minuto. Se a primeira picada falhou retirar lentamente a agulha e reintroduzi-la "... à maneira de leque na perpendicular do trajeto do vaso". Nas crianças e adultos pusilamines pode-se fazer uma infiltração periarterial de novocaina que tem ainda a vantagem como frisa o A. de frenar o simpático periarterial, causando uma hiperemia ativa mais duradoura.

Conforme a gravidade do caso pode-se fazer 2 injeções intra-arteriais diárias de penicilina de 15.000 — 20.000 U.

Nas formas agudas tratadas desde o início graças a um diagnóstico precoce a penicilina intra-arterial age como verdadeiro tratamento abortivo. Nos casos em que já ha supuração do foco a punção local ou tratamento cirurgico adequado às lesões deve ser associado ao uso da penicilina intra-arterial.

A leitura do trabalho do Dr. Eurico Branco Ribeiro interessa não só aos especialistas em patologia osteo-articular como aos cirurgiões e médicos praticos, em especial, os que clinicam no interior onde com tal método podem enfrentar de modo simples e eficiente a doença tão grave como a osteomielite aguda.

E' o trabalho documentado com observações e radiografias dos casos tratados pelo A. — Fernando de Moraes.

Do "Brasil Médico", LXI, 36 e 37, 1947.

## Folhetos e Teses Recebidos

**Beitrag zur Kenntnis der soliden, gutartigen Mesenterialtumoren,** Giacomo Serena, Basel 1945.

**Zur Frage der Genese der rezenten Hirnangiome und ihrer Beziehungen zur Sturge-Weberschen Krankheit,** Emil Schlumpf, Basel, 1945.

**Zur Kenntnis der Hyper- und Hypoproteinämie unter Berücksichtigung der Plasmazellenfrage,** Cécile Schlienger, Basel 1945.

**Die Lungenaktinomykose im Röntgenbild,** Carl Schaub, Basel, 1945.

**"Hypernephroide" Nierenkrebs mit sarkomähnlichen Strukturen,** Gerold Nager, Basel, 1945.

**Zur Frage der Diamin-Oxydase-Vermehrung in der Schwangerschaft und deren diagnostischen Verwendung,** Peter Mundwyler, 1945.

**Apoplexie im jugendlichem Alter,** Orvil Monsch, Basel 1945.

**Zur Toxikologie des Allylisopropylacetylcarbamids (Sedormid),** Werner Moll, Basel, 1945.

**Über Gewicht und Volumen von Rinde und Mark im menschlichen Kleinhirn,** Katharina Liechtenhan, Basel, 1945.

**Die erythropoetische Funktion des Bilrubins insbesondere beim Icterus,** Wilhelm Krumholz, Basel, 1945.

**Plano de Organização do Serviço de Endereços,** Wilson Wellisch, Ministério da Educação e Saude, 1942, Rio.

**Sobre algumas doenças do coração e vasos,** Luiz Feijó, Ministério da Educação e Saude, Rio de Janeiro, 1940.

**Antecedentes — Títulos-Actualización docente — Trabajos y publi-**

caciones — Jorge Zarazaga, Córdoba, 1947.

**Rhinoscleroma in Brazil**, Pedro C. Falcão, Ribeirão Preto, Brasil, 1947.

**La Lucha Antituberculosa en España**, Publicaciones Españolas, Fernando el Santo — 20, Madrid.

**Acta de las reuniones científicas del cuerpo facultativo del Instituto Policlinico**, III, 13, Barcelona, 1947.

**Actas de las reuniones científicas del cuerpo facultativo del Instituto Policlinico**, Barcelona, 1943.

**Actas de las reuniones científicas del cuerpo facultativo del Instituto Policlinico**, Barcelona, 1943.

**Actas de las reuniones científicas del cuerpo facultativo del Instituto Policlinico**, III, 4 e 5, abril-maio de 1946.

**Diagnostico de las obliteraciones de la bifurcacion aortica**, F. Martorell, separata de la Revista Clínica Española, VII, XX, 1, janeiro de 1946.

**El tratamiento de la arteriosclerosis obliterante por el extracto esplénico de caballo y de buey**, F. Martorell, Separata de Medicina Clínica, V, VIII, 1, janeiro de 1947.

**Alteraciones de la circulacion venosa en las visceras del abdomen**, F. Martorell, separata de Medicina Clínica, III, IV, 3, Barcelona.

**Las ulceras supramaleolares por arteriolitis de los grandes hipertensos**, Separata de Medicina Clínica, V, VIII, 3, Barcelona.

**Indice de la Bibliografia Hondureña**, Jorge Fidel Duron, Honduras, 1946.

**Quinta Coluna contra a Saude**, Danilo Perestrello, Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1944.

**A Saude e os Dentes**, Martins D'Alvarez, Serviço Nacional de Educação e Saude, 1944.

82)

**O Vestuário e a Moda**, Eugênio Coutinho, Ministerio da Educação e Saude, 1944.

**Dados interesantes acerca del origen y de la evolucion de la campaña desatada contra el Dr. Silvio Dessy** — Fundador y Diretor científico del Instituto Biológico argentino, — por su ex discipulo Prof. Armando Raimundo Marotta Dr. S. Dessy, outubro de 1947, Buenos Aires.

**Contribuição para o Estudo da História das Apendicopatias Crônicas**, Tasso Vieira de Faria, 1947.

**Escôrço Histórico dos Processos de Exploração Cirúrgica**, Tasso Vieira de Faria, 1947.

**O Instituto Sul-Riograndense de História da Medicina: sua importância, significação cultural e social**, Tasso Vieira de Faria, 1947.

**Introdução à Cirurgia Contemporânea**, Tasso Vieira de Faria, 1947.

**No primeiro aniversario de instalação do Instituto Sul-Riograndense de História da Medicina**, Tasso Vieira de Faria, 1947.

**Memória Histórica sobre as Origens e Atividades da Secção de Cirurgia da Sociedade de Medicina de Porto Alegre na Primeira Década de sua Existência**, Tasso Vieira de Faria, 1947.

**Fatores farmacológicos nos acidentes da terapia intravenosa**, Carlos H. Liberalli, Separata de Anais do 2.º Congresso Médico Paulista, São Paulo, 1945.

**Palestra de Higiene na Rádio Tupi**, Savino Gasparini, Ministerio da Educação e Saude, 1945.

**Relatorio do 4.º ano de estudos sobre nutrição realizados sob os auspícios dos "Fundos Universitários de Pesquisas"**, Prof. F. A. Moura Campos, Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**On the differential diagnosis between pernicious tapeworm anemia**

and cryptogenetic pernicious anemia in carries of diphyllobothrium latum, Martti Hirvonen, vol. 36, suplementum 2, 1947.

Effect of a combination of choriionic gonadotropin and the pituitary synergistic factor in the prevention of cinchophenic peptic ulcer, Dr. Juan Nasio, Instituto de Farmocologia de la Faculdade de Medicina de Rosario.

Tratamiento "gota a gota" de la colitis ulcerosa cronica, Dr. Juan Nasio, Separata de "La Prensa Médica Argentina", XXXIII, abril de 1946.

Action of vitamin D2 on experimental peptic ulcer produced by cinchophen, Separata de Gastroenterology, Vol. 5, n.º 6, dezembro de 1945.

Contribución al Tratamiento Médico de la Colitis Ulcerosa Grave, Dr. Juan Nasio, Separata de El Día Médico, XIX, 37.

Influence of some vitamins and hormones in the prevention of experimental cinchophen peptic ulcer, Juan Nasio, Separata de The Review of Gastroenterology. Vol. 13, maio-junho de 1946.

Accion de la administración combinada de gonadotropina coriónica y el fator sinérgico hipofisário em la prevención de la úlcera péptica cincofénica, Dr. Juan Nasio,

Separata de La Prensa Médica Argentina, XXXIII, 6 - 8 de fevereiro de 1946.

Pharyngo-essophageal diverticulum: Its management and complications, Separata de Annals of Surgery, Vol. 124, 4, outubro de 1946.

Total Gastrectomy, Frances H. Smith, Separata de Surgery, Gynecology and Obstetrics, abril 1947, Vol. 84.

Surgery of the Thyroid Gland, The New England Journal of Medicine, Jan. 9, 1947.

Benign tumors of the esophagus, Ralph Adams e Walter B. Hoover, Separata de The Journal of Thoracic Surgery, Vol. 14, 4, agosto de 1945.

The lateral aberrant thyroid, Erank H. Lahey e Bernard J. Ficarra, Separata de Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 82, junho de 1946.

Facial nerve surgery in the european theater of operations, Frank D. Lathrop, Separata de The Laryngoscope, Vol. 56, 11, novembro de 1946.

O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos através do Departamento de acidentes do trabalho, — Rio de Janeiro, novembro de 1947.

**PHILERGON - o FORTIFICANTE das multidões**

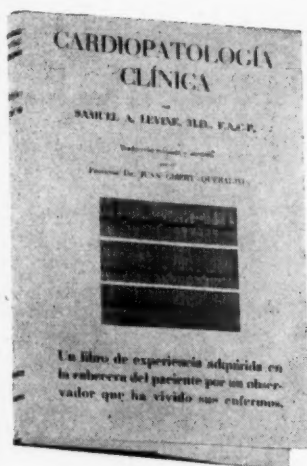
**VARICOCELE**

**Dr. EURICO  
BRANCO  
RIBEIRO**

EDIÇÃO DE 1946

**SALVAT, S. A.**

Um volume de 98 páginas com ilustrações. Nas livrarias Medicas ou com Antônio Muñoz — Lavalle 371 — Buenos Aires



## Cardiopatología Clínica

por

SAMUEL A. LEVINE

Primeira Edição Espanhola traduzida da terceira edição inglesa, revista e anotada pelo prof. Dr. Juan Gilbert — Catedrático de Patologia Médica da Universidade de Barcelona.

Um livro de experiência adquirida à cabeceira do doente por um medico que viveu a vida dos seus enfermos. Em todo o livro do Prof. Levine se sente perfeitamente o aroma de quem viveu a vida do "seu paciente". Sua reconhecida experiência na patologia cardiovascular deixa em toda a descrição um selo inconfundível de sua personalidade de observador.

Um tomo de 557 paginas profusamente ilustrado.

A venda nas principais livrarias do pais.

**SALVAT EDITORES, S. A.**

Distribuidor: **Antonio Muñoz**, Calle Lavalle, 371 — Buenos Aires, Argentina

## Pasteur, o intruso genial

por

J. MIRALTA

Um Pasteur em sua época apresentado debaixo de um novo e interessante aspecto por um literato que nesta obra se consagra como biógrafo.

Um tomo em oitavo, de 364 paginas, esmeradamente impresso, ilustrado com 44 laminas fóra de texto.

A venda nas principais livrarias do pais.

**SALVAT EDITORES, S. A.**

Distribuidor: **Antonio Muñoz**, Calle Lavalle, 371 — Buenos Aires, Argentina

